

ENSP
ECOLE NATIONALE DE
LA SANTE PUBLIQUE

RENNES

Filière EDH

Promotion : **2006-2008**

Date du Jury : **Décembre 2007**

LA MEDIATION MEDICALE EN MILIEU
HOSPITALIER

**L'expérience du Centre Hospitalier Universitaire de
Dijon**

Julie CADENNES

Remerciements

Je tiens à remercier l'ensemble du personnel du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Dijon pour l'accueil qui m'a été fait lors de mes deux stages et pour leur contribution majeure à ma formation de directrice d'hôpital.

Je remercie plus particulièrement l'ensemble de l'équipe de direction et les deux directeurs généraux qui se sont succédé, Monsieur Daniel MARIE et Monsieur Pierre-Charles PONS pour leur accueil et leur confiance. Tout au long de mes deux stages, j'ai toujours pu avoir accès à toutes les réunions et/ou à tous les documents qui m'intéressaient.

J'adresse également mes remerciements à Madame Martine MAIGROT, ma maîtresse de stage, pour sa disponibilité, ses conseils et son aide au cours de ces deux années.

Pour ce mémoire plus précisément, je tiens à remercier Monsieur François CHAPUIS, directeur des droits des patients, de la qualité et de la gestion des risques de m'avoir conseillé ce sujet d'étude et aidé au long de sa rédaction.

Enfin, ce travail n'aurait pas abouti sans l'aide de Monsieur le Professeur Jean STRAUSS, médiateur médical au CHU de Dijon. Le temps qu'il m'a consacré et sa précieuse relecture de ce mémoire ont été plus qu'utiles et les entretiens que j'ai eus avec lui ont toujours été riches et enrichissants. Qu'il en soit ici vivement remercié.

Sommaire

CONCLUSION.....	55
BIBLIOGRAPHIE.....	57
LISTE DES ANNEXES.....	I

Liste des sigles utilisés

- **ANAES** : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
- **AP-HP** : Assistance Publique –Hôpitaux de Paris
- **ARH** : Agence Régionale d'Hospitalisation
- **CA** : Conseil d'Administration
- **CCR** : Centre de Convalescence et de Réadaptation
- **CE** : Conseil d'Etat
- **CHU** : Centre Hospitalier Universitaire
- **CME** : Commission Médicale d'Etablissement
- **CRAM** : Caisse Régionale d'Assurance Maladie
- **CRCI** : Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation
- **CRS** : Conseil Régional de la Santé
- **CRUQ** : Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la prise en charge
- **CSP** : Code de la Santé Publique
- **DCRA** : (loi relative aux) Droits des Citoyens dans leurs Relations avec l'Administration
- **DDASS** : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
- **DEA** : Diplôme d'Etudes Approfondies
- **DRASS** : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
- **DRH** : Direction des Ressources Humaines
- **ENA** : Ecole Nationale d'Administration
- **ENSP** : Ecole Nationale de la Santé Publique
- **EHPAD** : Etablissement d'Hébergement des Personnes Agées Dépendantes
- **HAS** : Haute Autorité de Santé
- **IPP** : (taux d') Incapacité Physique Permanente
- **ITT** : Incapacité Temporaire de Travail
- **MARC** : Mode Alternatif de Règlement des Conflits
- **PUPH** : Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- **ONIAM** : Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux
- **REP** : Recours pour Excès de Pouvoir
- **SAMU** : Service d'Aide Médicale d'Urgence
- **SHAM** : Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles
- **UNESCO** : United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

Introduction

La nouvelle Charte de la personne hospitalisée (circulaire du 2 mars 2006) réaffirme les onze principales dispositions qui doivent régir l'hospitalisation d'une personne :

-1- Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est accessible à tous, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.

-2- Les établissements de santé garantissent la qualité de l'accueil, des traitements et des soins. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.

-3- L'information donnée au patient doit être accessible et loyale. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.

-4- Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.

-5- Un consentement spécifique est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.

-6- Une personne à qui il est proposé de participer à une recherche biomédicale est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. Son accord est donné par écrit. Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.

-7- La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, quitter à tout moment l'établissement après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.

-8- La personne hospitalisée est traitée avec égards. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.

-9- Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que la confidentialité des informations personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.

-10- La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'un accès direct aux informations de santé la concernant. Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.

-11- La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une commission des relations avec

les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du droit d'être entendue par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.

Cette actualisation de l'ancienne Charte du patient hospitalisé (annexée à la circulaire du 6 mai 1995) prend notamment en compte les évolutions de la loi du 4 mars 2002, bien connues des patients. Comme le montre le onzième point de cette Charte, tous ces nouveaux droits des patients n'ont de valeur que s'ils sont susceptibles d'être revendiqués devant une instance. C'est pourquoi le décret du 2 mars 2005 (un des décrets d'application de la loi du 4 mars 2002) met en œuvre les commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge, comprenant notamment en leur sein deux médiateurs (un médical et un non médical) susceptibles d'examiner les réclamations des patients. La mise en place de ces commissions semble être l'aboutissement d'une longue évolution afin de favoriser un mode de règlement alternatif des conflits à l'hôpital qui satisferait à la fois l'institution, ses médecins et bien sûr les patients : la médiation.

Plusieurs définitions de la médiation existent. Ainsi, pour Michèle GUILLAUME HOFNUNG, qui a beaucoup travaillé sur ce sujet, la médiation pourrait être définie comme un « *processus de création et de réparation du lien social et de règlement des conflits de la vie quotidienne, dans lequel un tiers impartial et indépendant tente, à travers l'organisation d'échanges entre les personnes ou les institutions, de les aider à améliorer une relation ou de régler un conflit qui les oppose¹* ». Pour l'UNESCO, « *il s'agit d'un mode de construction et de gestion de la vie sociale grâce à l'entremise d'un tiers neutre indépendant sans autre pouvoir que l'autorité que lui reconnaissent les personnes qui l'auront choisi ou reconnu librement* ».

Ainsi, pour qu'il y ait médiation, il faut plusieurs éléments : un processus de communication éthique, reposant sur la responsabilité et l'autonomie des participants, dans lequel un tiers (qui doit être impartial, indépendant et sans pouvoir de trancher), avec la seule autorité que lui reconnaissent les parties à la médiation, favorise par des entretiens confidentiels, le rétablissement du lien social et/ou la prévention ou le règlement de la situation en cause.

Sur un plan strictement juridique, la médiation doit être distinguée d'autres modes alternatifs de règlement des conflits que sont la transaction, l'arbitrage ou la conciliation.

¹ Michèle GUILLAUME-HOFNUNG, La médiation, QSJ, PUF, 2007.

En effet, la transaction (article 15 du Code Civil) est un contrat par lequel les parties, au moyen de concessions réciproques, terminent une contestation née ou préviennent une contestation à naître. Ce contrat est nécessairement écrit et a toujours un objet pécuniaire. Le Code Civil lui confère par ailleurs l'autorité de la chose jugée : elle règle définitivement un conflit qui ne peut plus être porté devant un tribunal.

L'arbitrage (article 16 du Code Civil) est un mode juridictionnel à part entière et constitue une dérogation au monopole de la justice de l'Etat. C'est une procédure par laquelle les parties à un litige conviennent de le porter devant un arbitre, que le Code de procédure civile désigne sous l'expression « tribunal arbitral ». Cette procédure débouche, non sur un simple avis, mais sur une sentence arbitrale à valeur juridictionnelle. Cependant, elle ne tirera force contraignante que par la procédure d'exequatur devant le Président du tribunal de grande instance. On peut distinguer plusieurs sortes d'arbitrage selon le degré de liberté des parties dans le recours à ce mode et dans le choix de l'arbitre (arbitrage de nature contractuelle, arbitrage obligatoire...). Si en règle générale, les arbitres doivent appliquer le droit, ils peuvent tenir compte de l'équité quand les parties leur ont confié la mission de statuer en amiable.

La conciliation ne bénéficie pas d'une définition législative mais la doctrine la définit comme « un mode de règlement des litiges grâce auquel les parties s'entendent directement pour y mettre fin ». Elle peut également être juridictionnelle puisque selon l'article 21 du Nouveau Code de procédure civile, « il entre dans la mission du juge de concilier les parties ».

Cependant, en pratique, en milieu hospitalier, on a souvent confondu médiation et conciliation, ce qui a pu être source de flou juridique. Comme nous le verrons dans le corps de ce mémoire, les textes nationaux ont tantôt évoqué « le conciliateur médical », tantôt « le médiateur médical ». Pour le Professeur STRAUSS, médiateur médical au CHU de Dijon, cette confusion n'est pas préjudiciable car les deux notions recouvrent globalement la même chose. Pour d'autres, « *être médiateur, c'est s'interposer alors qu'être conciliateur, c'est tenter de faire se rencontrer deux volontés*² ».

La médiation, comme les autres modes alternatifs de règlement des conflits, s'est progressivement imposée dans divers champs de la société : on parle de médiation familiale, civique, sociale... et des médiateurs ont été institués dans de nombreuses institutions (Médiateur de la République, Médiateur européen, Médiateur dans les mairies des grandes villes...). Il convient toutefois de préciser qu'en matière médicale, la médiation n'est pas une procédure qui s'impose naturellement. En effet, introduire un tiers

² Intervention de Maître Jean-François SEGARD lors d'un colloque sur la médiation médicale (1998)

dans la relation d'un médecin et d'un malade peut être délicat, car la notion de relation binaire entre patient et soignant est très forte dans notre système de soins. Il n'est d'ailleurs pas étonnant que la médiation, comme nous le verrons plus tard, se soit essentiellement développée en milieu hospitalier, où le patient est en général pris en charge par une équipe, et non par une personne, et qu'elle demeure extrêmement peu développée en médecine libérale où cette relation duale est encore plus forte.

Ce mémoire s'organisera en trois parties. La première s'attachera à montrer que contrairement au niveau national, où la mise en œuvre de la médiation médicale a été difficile et à pris du temps, le Centre Hospitalier et Universitaire (CHU) de Dijon a pu rapidement établir un processus de médiation efficace et est très vite devenu un établissement de référence dans ce domaine.

Dans un second temps, nous tacherons d'analyser le travail du médiateur au CHU de Dijon et d'en dresser un bilan. Sur le nombre important de dossiers analysés par le médiateur depuis 1994 (date de la mise en œuvre de la médiation à Dijon), il s'agira d'étudier comment les réclamations sont arrivées dans le bureau du médiateur puis comment elles ont été traitées, quels ont été les services les plus mis en cause ou encore les principaux motifs de réclamation des patients.

Enfin, et même si l'efficacité du travail du médiateur est reconnue de tous au sein du CHU, nous verrons que le travail du médiateur fait encore aujourd'hui face à un certain nombre de difficultés et nous tenterons d'apporter des pistes pour une possible amélioration de la fonction de médiation médicale dans l'établissement.

I. Alors qu'au niveau national, les textes ont tardé à être publiés et ont souvent été difficiles à appliquer, le CHU de Dijon a mis en œuvre une médiation médicale efficace et reconnue dès 1994.

1.1. Au niveau national, la médiation médicale a longtemps été régie par des textes au contour juridique assez flou, ce qui a retardé sa mise en œuvre effective.

1.1.1 : Une première expérience avortée : « les conciliateurs médicaux »

a) Le rapport Mac Aleese

Dès la fin des années 1970, un groupe de travail a été mis en place, sous la présidence de Mr Hugues Mac Aleese, conseiller à la Cour de Cassation, dans le but d'étudier « *le problème de la responsabilité médicale* », dans un contexte de très fortes inquiétudes du corps médical face à une augmentation très sensible du nombre de contentieux.

Après plusieurs années de travail, les conclusions de ce rapport furent très claires : cette augmentation des contentieux (au civil comme au pénal) était directement, et en grande partie, liée à une absence d'information des patients et de leur famille. En effet, cette étude montrait que plus de la moitié des plaintes déposées entre 1978 et 1981 avaient pour objet principal un défaut d'information des patients et/ou de leurs familles.

Il semblait en effet difficile de comprendre ce qui semblait être un paradoxe : d'une part, un système de soins reconnu par tous comme étant de plus en plus performant et d'autre part, une grande insatisfaction engendrée du côté des usagers. Ce décalage semblait bel et bien être en grande partie dû à un déficit de communication entre les patients et les équipes soignantes. D'une manière générale, et parfois en dépit d'efforts réciproques, les patients ne comprennent pas toujours la parole des soignants. « *Je n'entends pas le grec* » disait déjà Angélique au Docteur Diafoirus dans Le médecin malgré lui. Depuis cette caricature du médecin décrite par Molière, et malgré de nombreux efforts, cette situation était encore similaire il y a seulement trente ans. Le vocabulaire utilisé par les médecins reste très spécifique et peu accessible pour un non initié. Même lorsque cela ne relève pas d'une intention délibérée de ne pas donner l'information, les patients peuvent considérer, à juste titre, qu'ils n'ont pas été

suffisamment informés. Comme nous le verrons plus tard, la loi du 4 mars 2002 tentera de définir plus précisément ce que doit être l'information donnée au patient.

Ce défaut d'information faisait craindre aux patients une dissimulation de fautes et une certaine opacité difficile à accepter. Ce sentiment des patients, qu'il soit justifié ou non, paraissait alors en totale contradiction avec l'ensemble des efforts qui étaient faits globalement dans l'administration pour aboutir à davantage de transparence envers les citoyens. On pourra par exemple citer les lois du 6 janvier 1978 (relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés), du 17 juillet 1978 (sur la liberté d'accès aux documents administratifs) ou du 3 janvier 1979 sur l'accès aux documents d'archives.

Dans ce contexte, le rapport préconisait la mise en place d'un mécanisme de conciliation assez simple et permettant la résolution amiable de la plupart des contentieux. Ce rapport confiait alors la mise en œuvre de ces missions à un magistrat honoraire bénévole, désigné pour un an sur une liste établie par le Garde des Sceaux : le conciliateur médical. Dans un premier temps, c'était donc à la justice d'assurer les fonctions de la conciliation médicale et c'est ce qui a probablement abouti à l'échec de cette mesure.

b) Le décret du 15 mai 1981

La plupart des recommandations du rapport Mac Aleese furent mises en œuvre dans le cadre d'un décret du 15 mai 1981 créant la fonction de conciliateur médical qui devait, « *favoriser l'information des patients et de leurs ayants-droits* » et « *faciliter le règlement amiable des différends relatifs à la responsabilité résultant de l'activité professionnelle d'un médecin à l'occasion ou à la suite d'une prestation de soins* ».

Pour diverses raisons, politiques et juridiques, ce décret n'a jamais été mis en œuvre. Il fut même annulé par le Conseil d'Etat (CE, 17 mai 1989, *Roujansky*³), notamment parce qu'il était considéré par un certain nombre de médecins comme violant le secret médical⁴. En effet, le conciliateur médical (qui n'était pas un médecin) pouvait avoir accès au dossier médical du patient, même s'il était saisi par une autre personne que les malades ou leurs ayants-droits.

Par ailleurs, au-delà de toute considération politique et juridique, plusieurs raisons peuvent expliquer cet échec. A l'époque, la mise en place des conciliateurs médicaux avait été vécue par l'ensemble des usagers et des associations les représentant comme l'expression de la victoire des médecins sur leurs patients et non comme un outil de défense de ces derniers. Les diverses associations d'usagers n'avaient d'ailleurs jamais été conviées aux débats et aux réflexions qui précèdent à la publication du rapport Mac

³ Voir annexe 1

⁴ Le décret a été annulé par le Conseil d'Etat car, impliquant des atteintes au secret médical, il relevait du domaine législatif, suite à un recours pour excès de pouvoir (REP) présenté par le Dr Roujansky.

Aleese. La mise en place des conciliateurs médicaux avait même été vécue par certains comme « *un moyen pour le corps médical d'échapper aux règles de la justice ordinaire*⁵ ».

Ainsi, les préconisations du rapport Mac Aleese restèrent lettre morte mais les réflexions autour de la nécessité d'instaurer un mode de recours alternatif, satisfaisant et associant les différents acteurs de l'environnement hospitalier (patients, médecins, assureurs, direction, associations d'usagers...) se poursuivirent. Il était désormais acté que la mise en place d'une véritable fonction de conciliation ou de médiation ne pourrait passer que par une politique plus générale de revalorisation des droits des usagers et de leur rôle au sein des établissements de santé.

1.1.2 : La poursuite de la réflexion et la mise en œuvre des commissions de conciliation

a) Le rapport de l'ENA « La place de l'utilisateur à l'hôpital » et la Charte du Patient Hospitalisé

Dans ce contexte de vide juridique, les élèves de l'École Nationale d'Administration (ENA) publièrent en janvier 1992, dans la revue *Informations Hospitalières*, un rapport intitulé « La place de l'utilisateur à l'Hôpital » dans lequel ils préconisaient la mise en place d'un lieu et/ou d'une instance unique de dialogue et d'informations où les différentes plaintes seraient recueillies et centralisées.

Par ailleurs, un contexte politique très favorable à la médiation était entrain de se créer, tant au niveau national qu'à un niveau international. Ainsi, en mars 1994, la « Déclaration pour la promotion des droits des patients en Europe » de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) préconisait l'instauration de mécanismes de médiation : « *à côté des tribunaux, il faudrait des mécanismes indépendants, institutionnalisés ou non, permettant aisément de déposer des plaintes, de les soumettre à la médiation et de statuer à leur égard. Ces mécanismes doivent également prévoir qu'en cas de nécessité, une assistance et une représentation soient fournies au patient. Les patients ont le droit d'obtenir que leurs plaintes soient examinées et qu'il soit statué à leur sujet d'une façon approfondie, équitable, efficace et rapide.* » De même, au niveau national, la mise en place d'un Médiateur de la République (1973) trouva des déclinaisons aux niveaux régionaux et municipaux au début des années 1990 et un Médiateur européen fut institué en 1995.

Par ailleurs, la gestion des litiges par la médiation a été souvent prônée par les textes au niveau national : on pourra citer le rapport du Conseil d'Etat en 1994 : « Régler autrement les conflits » ou encore de nombreuses études sur la mise en place de Modes Alternatifs de Règlement des Conflits (MARC). Le contexte était également très propice

⁵ F. DREYFUS, La fin des conciliateurs médicaux, in *Le Concours Médical* (mai 1982)

au développement de relations renouvelées et améliorées entre l'administration en général et les administrés. Ainsi, de nombreuses circulaires ont été publiées à cette époque : on pourra ici citer la circulaire du Premier Ministre du 23 février 1995 relative à l'amélioration des relations entre les services publics et les usagers.

C'est notamment forte de ce constat que la « Charte du Patient Hospitalisé », annexée à la circulaire ministérielle du 6 mai 1995, préconisa la mise en place d'une fonction de médiation au sein des établissements de santé, qui échapperait à la sphère judiciaire. Elle précisait en effet : « *le directeur s'efforce de mettre en place une fonction de médiation entre l'établissement et les patients afin d'instruire dans les meilleurs délais les demandes de réparation pour préjudice et de donner à leurs auteurs les explications nécessaires.* »

Le but était notamment de centraliser les différentes réclamations des usagers et de créer un interlocuteur unique et clairement identifié pour faciliter leurs démarches, pour éviter que les diverses requêtes n'arrivent à de multiples endroits et destinataires : maire, préfet, DDASS, directeur, ministère, président de la République...

Cependant, ce texte, dépourvu de toute force juridique contraignante, ne fut que très peu appliqué et n'eut pas l'impact espéré. Malgré tout, une première avancée notable avait été effectuée : la conciliation quittait la sphère purement judiciaire pour intégrer la sphère intra-hospitalière. Le problème majeur soulevé lors de la mise en place des conciliateurs médicaux, qui reposait sur le respect du secret médical, était donc levé. Mais une autre problématique risquait d'être soulevée : celle de la partialité de ce nouveau système de médiation.

b) La création des commissions de conciliation : des commissions « placebo » ?

Il a donc fallu attendre l'ordonnance du 24 avril 1996 qui officialisa la création de ces commissions de conciliation sans pour autant leur conférer de véritable pouvoir de conciliation pour que le mécanisme concret se mette en place. Ce texte a introduit l'article L. 1112-3 dans le Code de la Santé Publique : « *Dans chaque établissement de santé, est instituée une commission de conciliation chargée d'assister et d'orienter toute personne qui s'estime victime d'un préjudice du fait de l'établissement et de lui indiquer les voies de recours dont elle dispose* ».

Ce n'est que deux ans plus tard qu'un décret précisa les modalités pratiques de la mise en œuvre de ce texte (décret n°98-1001 du 2 novembre 1998).

Cependant, ces commissions furent très critiquées dès le départ et qualifiées de « commissions placebo ». En effet, elles n'étaient pas véritablement dotées d'une fonction de conciliation. La circulaire du 1^{er} juillet 1999 est en effet très explicite à ce sujet : « *Pour*

éviter toute confusion, il convient d'emblée d'exclure toute fonction précontentieuse ou prétransactionnelle du champ d'action de la commission et notamment de celui du médecin conciliateur. En dépit de son appellation, la commission, en informant sur les voies de conciliation et de recours, ne peut elle-même faire œuvre de conciliation. Aussi, elle ne saurait se substituer au directeur qui est le seul habilité à apporter une réponse de l'institution hospitalière aux demandes et réclamations des patients ». Il appartient d'ailleurs au Conseil d'Administration (CA) de l'établissement de se prononcer « *sur les actions judiciaires et sur les transactions* ».

Par ailleurs, ces commissions furent également critiquées par un certain nombre de dirigeants hospitaliers qui considéraient qu'en « *indiquant les voies de recours dont ils disposent aux patients* », elles les incitaient le plus souvent au contentieux. Les différentes associations d'usagers regrettaient, elles, que ces commissions soient une émanation directe de la direction des établissements, et doutaient de leur partialité.

Malgré ces insuffisances notées par tous, la mise en place des commissions de conciliation a quand même été l'occasion d'un certain nombre d'avancées notables en matière de droits des patients:

- la recherche de l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients, notamment à travers la mise en œuvre du processus d'accréditation ;
- une plus grande implication des usagers au sein des instances de l'établissement (et notamment au sein du Conseil d'Administration (CA)) ;
- la généralisation de la diffusion du livret d'accueil et de la Charte du patient hospitalisé ;
- la mise en place de permanences d'accueil des patients et de leurs familles au sein de tous les établissements.

Il est par ailleurs significatif de préciser que l'ensemble de ces textes sont venus modifier la structuration du Code de la Santé Publique et qu'ils ont été intégrés au sein d'une nouvelle partie relative aux droits des patients.

La commission de conciliation instituée au niveau national n'a donc jamais été une instance de conciliation, mais plutôt une instance d'écoute, de dialogue et d'information. Ce rôle n'est bien évidemment pas négligeable mais la commission n'a jamais pu remplir une véritable mission de règlement alternatif des conflits.

Un nouveau contexte favorable à l'émergence de l'affirmation des droits des patients a alors émergé, avec notamment la loi du 12 avril 2000 relative aux Droits des Citoyens dans leurs Relations avec l'Administration (dite loi DCRA). Son objectif principal était de favoriser et de faire progresser les notions de transparence, de rapidité et de proximité

dans le fonctionnement des autorités administratives. Les principaux points abordés étaient alors de favoriser les procédures non contentieuses ou encore de faciliter l'accès aux documents administratifs.

La traduction des dispositions de cette loi en milieu hospitalier allait alors être effectuée par l'intermédiaire de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients et par l'ensemble des réflexions qui l'ont précédée.

1.1.3 : L'aboutissement de l'ensemble de ces réflexions : la loi du 4 mars 2002

a) Le rapport Caniard

Ce rapport, « La place des usagers dans le système de santé », rédigé par Etienne Caniard, alors secrétaire du comité national d'orientation des Etats Généraux de la Santé, propose de revenir sur les dispositions de l'ordonnance du 24 avril 1996 et sur l'ambiguïté de ces commissions de conciliation. Il suggère de séparer très clairement les fonctions d'amont (dialogue, écoute, régulation, information...) de celles de précontentieux, qui seraient par ailleurs incompatibles avec la clause contractuelle des assurances responsabilité des établissements qui ne les autorise à transiger avec la victime qu'avec l'accord de l'assureur⁶.

Le rapport Caniard suggère ainsi, entre autres :

- la suppression de la commission de conciliation, remplacée par une commission de la qualité, qui serait notamment chargée des fonctions de médiation puisqu'en son sein se trouveraient deux médiateurs (un médical et un non médical), et dans laquelle les usagers seraient mieux représentés. Cette liaison entre les fonctions de médiation et celles d'amélioration de la qualité au sein de l'établissement est ici considérée comme une nouveauté.

- la création d'une commission régionale de conciliation et d'indemnisation (CRCI), afin de séparer de façon beaucoup plus claire ce qui relève de la médiation de ce qui relève véritablement de l'indemnisation.

- de nouvelles dispositions au sujet de la représentation des usagers ou des associations d'usagers qui doivent être encore plus impliqués dans les processus de décision et de vigilance. Ils seraient notamment mieux représentés au sein de la nouvelle commission d'amélioration de la qualité et de relations avec les usagers et davantage associés aux décisions relevant de la politique qualité de l'établissement.

b) Les principales dispositions de la loi du 4 mars 2002

⁶ Article 124-2 du Code des Assurances

Comme nous l'avons déjà vu, il semblait indispensable d'inscrire les nouveaux mécanismes de conciliation et de médiation médicale dans un contexte d'émergence et d'affirmation des droits de l'usager. C'est ce que fait la loi du 4 mars 2002, tout en reprenant les principales dispositions du rapport Caniard. En renforçant les droits du malade, la loi crée un besoin latent de médiation.

En effet, en renforçant les droits des malades, sur plusieurs points, notamment sur l'accès au dossier médical, l'information et le consentement, la loi risquait d'accroître les exigences des patients et les risques de friction. La médiation peut alors prendre en charge plusieurs aspects du droit des malades.

Par exemple, la loi organise les conditions de l'accès direct des patients à leur dossier médical. Cependant, des difficultés liées à la confidentialité du secret des informations pourront surgir. Des risques de mauvaise compréhension, voire des contentieux pourraient être générés, surtout si ce droit d'accès au dossier est lié avec le droit à l'information et au renforcement sensible de la garantie de la recherche du consentement. La loi affirme, en effet, le droit au respect de la vie privée et au secret des informations médicales, le droit au respect de la dignité de la personne et à la non-discrimination dans l'accès à la prévention et aux soins, ainsi qu'un droit général à l'information. De même, le consentement est à nouveau encadré et élargi et la loi précise que toute personne doit prendre, avec le professionnel de santé impliqué, et compte tenu des informations dont elle dispose, les décisions concernant sa santé. En théorie, aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement doit pouvoir être retiré à tout moment. Ce renforcement de l'expression de la volonté du patient peut encore se traduire par la désignation d'une personne de confiance, librement révocable.

A la simple énumération de ces droits, on comprend le risque d'une augmentation des conflits qui est susceptible d'intervenir et par là même, l'accroissement du besoin de médiation. On pressent en effet assez aisément certaines difficultés qui pourraient naître à l'occasion de l'application totale de l'ensemble de ces dispositions.

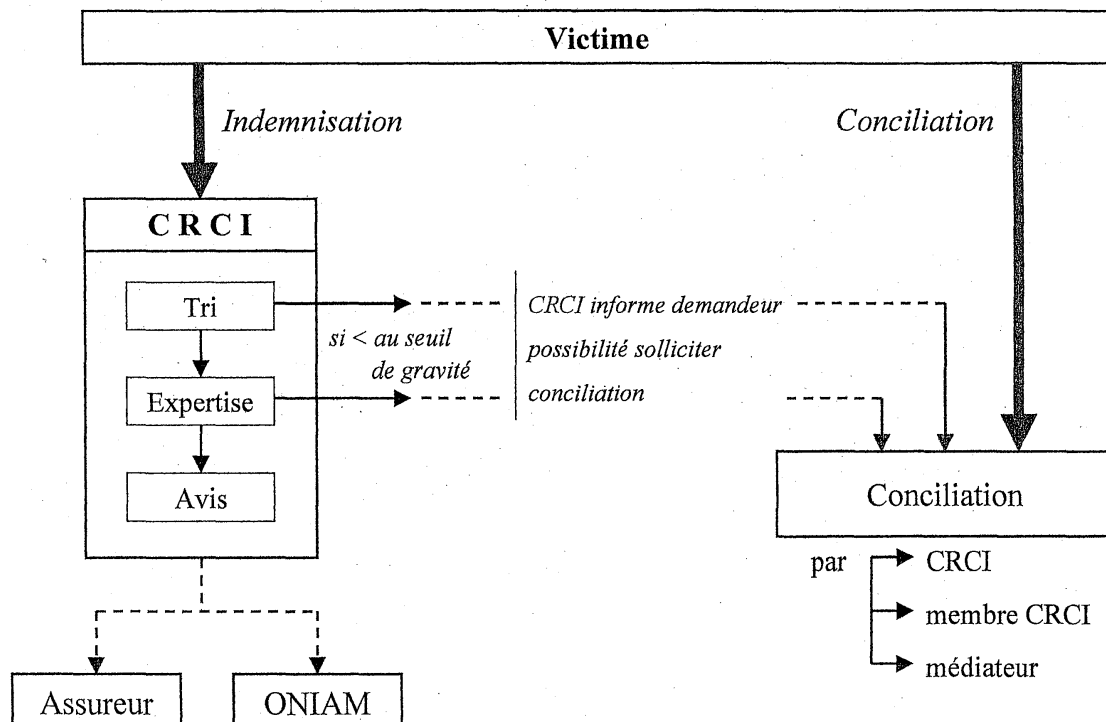
Ainsi, la loi du 4 mars 2002 met en place un système innovant de médiation et de conciliation. La conciliation passe à un niveau régional, par l'intermédiaire des Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation et l'aspect médiation/information revient à une nouvelle commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge au niveau de l'établissement, comme le préconisait le rapport Caniard.

L'esprit du texte du 4 mars 2002 est clairement d'inviter à un règlement non contentieux de l'indemnisation et de favoriser une réparation rapide, simple, équitable, peu coûteuse et rendue dans un climat le plus apaisé possible. Le nouvel article L.142-5 du Code de la Santé Publique précise ainsi : « *Dans chaque région, une commission régionale de conciliation et d'indemnisation est chargée de faciliter le règlement amiable des litiges relatifs aux accidents médicaux, aux affections iatrogènes et aux infections nosocomiales, ainsi que d'autres litiges entre usagers et professionnels de santé, établissements de santé, services de santé ou organismes producteurs de produits de santé...* » Après examen du texte par le Sénat, un nouvel alinéa a même été rajouté et a véritablement consacré la conciliation dans le domaine de la santé en précisant que « *dans le cadre de sa mission de conciliation, la commission peut déléguer tout ou partie de ses compétences à un ou plusieurs médiateurs indépendants qui, dans la limite des compétences dévolues, disposent des mêmes prérogatives et sont soumis aux mêmes obligations que les membres de la commission.* »

Il convient toutefois de préciser qu'un seuil de compétence est imposé aux CRCI et par là même au médiateur délégataire de ces commissions. Ce seuil objectif tient compte du taux d'incapacité physique permanente (IPP), qui doit être supérieur à 24%, et/ou de la durée temporaire de l'incapacité temporaire de travail (ITT), qui doit être supérieure à six mois. A titre exceptionnel, le seuil peut être atteint lorsque la victime est déclarée inapte à exercer l'activité professionnelle qu'elle avait avant l'incident ou lorsque ce dernier a provoqué « *des troubles particulièrement graves dans ses conditions d'existence.* » En deçà de ce seuil, la médiation conventionnelle demeure de toute façon possible.

Le mode de fonctionnement des CRCI pourrait faire l'objet de propos beaucoup plus longs, mais ce n'est pas l'objet de ce mémoire. Leur saisine reste cependant une possibilité supplémentaire, gratuite et relativement rapide, pour les patients.

Modes de fonctionnement de la CRCI



Pour les préjudices inférieurs au seuil de gravité, la commission interviendra au titre de « conciliateur » pour tenter de trouver un compromis. Elle ne pourra pas déterminer qui est responsable ni qui pourra éventuellement indemniser le patient. Elle tentera de trouver une solution à l'amiable.

Pour les préjudices dépassant le seuil de gravité, la commission interviendra « en formation de règlement amiable des accidents médicaux », c'est-à-dire qu'elle émettra un avis sur les circonstances, les causes, la nature et l'étendue des dommages. Cet avis précisera s'il y a un responsable, qui il est et qui indemniser la victime. Si la victime accepte l'offre, elle sera dans tous les cas payée dans un délai d'un mois. En cas de refus de l'offre, qu'elle émane de l'assureur ou de l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM), la victime peut porter son affaire devant le juge.

Le médiateur médical peut faire partie de la CRCI, tant dans sa fonction « indemnisation » que dans sa fonction « médiation ».

- c) La mise en place des commissions de relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge : un texte trop ambitieux ?

Trois ans après la promulgation de la loi du 4 mars 2002, un décret du 2 mars 2005⁷ est venu profondément renouveler les commissions de conciliation et mettre en place les conditions de l'instauration des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQ)⁸.

Cette commission est chargée de veiller au respect des droits des usagers et de faciliter leurs diverses démarches en ce sens. Le texte parle indifféremment des plaintes et des réclamations, tout comme il évoque l'usager, le patient, le malade ou les proches. Cette commission ne connaît pas les actions gracieuses ou juridictionnelles. Elle veille à ce que toute personne soit informée des voies de recours et de conciliation dont elle dispose. Par ailleurs, il est clairement indiqué que par les avis ou les propositions qu'elle émet, elle contribue à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des malades et de leurs proches.

Elle reçoit toutes les informations nécessaires à sa mission :

- les mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité préparées par la CME ainsi que les vœux ou recommandations formulées par les instances consultatives de l'établissement ;
- la synthèse des réclamations et des plaintes des usagers ou de leurs proches dans les douze mois précédents ;
- le nombre de demandes de communication d'informations médicales contenues dans les dossiers de patients et les délais de réponse ;
- le résultat des enquêtes concernant l'évaluation de la satisfaction des usagers (en particulier grâce aux questionnaires de sortie) ;
- le nombre, la nature, et l'issue des recours gracieux ou juridictionnels formés par les usagers.

La commission procède à une appréciation des pratiques de l'établissement concernant les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge : analyse de l'origine des motifs des plaintes, des réclamations et des témoignages de satisfaction et des suites qui leur sont réservées. Elle recense les mesures adoptées par le Conseil d'Administration (CA) en ce qui concerne les droits des usagers et formule des recommandations, notamment en matière de formation des personnels pour l'amélioration de l'accueil et de la prise en charge des malades. Elle doit rendre compte de son activité dans un rapport annuel, qui est transmis aux organes délibérants puis au CA et à l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et au Conseil Régional de Santé.

⁷ Voir annexe 5.

⁸ Le délai de mise en œuvre de ces dispositions est de six mois à compter de la publication, soit avant le 4 septembre 2005.

Sa composition est beaucoup plus large que celle des précédentes commissions de conciliation :

	Commissions de conciliation	Commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
Usagers	2	2 (+2 suppléants)
Médiateur	1	2 (+2 suppléants)
Représentant CME	1	1
Représentant CSSI	1	1 (+1 suppléant)
Directeur		1
Représentant CTE		1 (+1 suppléant)
Administrateur		1 (+1 suppléant)
TOTAL	5	9 (+7 suppléants)

Les membres de la CRUQ sont désignés pour une période de trois ans pour les médiateurs et les usagers. Les autres mandats correspondent à la durée du mandat des instances dont ils sont issus.

La CRUQ se réunit au moins une fois par trimestre et aussi souvent que nécessaire et de droit à la demande d'au moins la moitié de ses membres.

L'utilisateur peut y exprimer ses griefs oralement, ils sont recueillis par écrit. Si la réponse ne le satisfait pas, il peut adresser une plainte ou une réclamation écrite au directeur qui en accuse réception et informe le plaignant de la possibilité de saisir le médiateur, ou le saisit lui-même et en informe le plaignant.

Le médecin médiateur connaît exclusivement des plaintes ou des réclamations concernant le fonctionnement médical ou l'organisation des soins. Tous les autres dossiers sont transmis au médiateur non médical. Si une plainte intéresse les deux médiateurs, ils peuvent être saisis simultanément. Le médiateur doit rencontrer l'auteur de la réclamation dans les huit jours. Dans les huit jours suivant cette rencontre, il en adresse le compte-rendu au président de la CRUQ, qui le transmet aussitôt, accompagné de la lettre de réclamation, aux membres de la commission ainsi qu'au plaignant. Au vu du rapport et après avoir rencontré l'auteur de la plainte, la commission peut alors : formuler des recommandations en vue de la résolution du litige ou émettre un avis motivé en faveur du classement du dossier. Dans les huit jours suivant la séance, le directeur peut alors répondre à l'auteur de la plainte en joignant l'avis de la commission.

Enfin, la circulaire du 2 mars 2006⁹ met en place la Charte de la personne hospitalisée, qui rénove la précédente Charte du Patient Hospitalisé, notamment pour prendre en compte les évolutions de la loi du 4 mars 2002. Cette Charte réaffirme la nécessité de prévoir des lieux et des moyens de dialogue, d'écoute et de conseil à destination des patients au sein de chaque établissement de santé.

⁹ Voir annexe 5.

1.2. Au CHU de Dijon, la médiation médicale a été mise en place dès 1994 et confortée par les différents textes sortis depuis.

1.2.1 : La mise en place d'un médiateur médical dès 1994

a) Description du système dijonnais

Alors qu'au niveau national, les textes ont longtemps souhaité privilégier la conciliation, le CHU de Dijon a mis en œuvre une procédure de médiation médicale dès 1994. Le Professeur Jean STRAUSS, médiateur médical au CHU, a toujours considéré qu'en l'absence de définitions juridiques claires et précises, on pouvait assimiler « médiation » et « conciliation », ce qui correspond à ce qui a été acté plus tard au niveau national, quand les pouvoirs publics ont mis en place des commissions de conciliation tout en considérant qu'elles n'avaient aucun pouvoir de conciliation à proprement parler mais qu'en réalité, leur mission relevait plus de la médiation.

Au CHU de Dijon, la fonction de médiateur médical a été créée dès 1994, à la demande du Professeur STRAUSS, et s'est inspirée de l'expérience des conciliateurs médicaux que l'APHP avait mis en place à la suite du décret de 1981. Cette fonction a été confiée à Jean STRAUSS, Professeur des Universités – Praticien Hospitalier (PUPH) à la retraite et ancien chef du service de rhumatologie de l'établissement ayant par ailleurs exercé dans le secteur libéral au début de sa carrière. Il est important de signaler que c'est à sa demande que la médiation médicale a été mise en place au CHU. Cette demande a tout de suite été acceptée par le Directeur Général de l'époque, Mr Benoît LECLERCQ ainsi que par le Président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME), Mr Jean-Pierre FAVRE.

En effet, son rang dans la hiérarchie médicale, son expérience et son indépendance statutaire (du fait de sa retraite) à l'égard de l'établissement faisait de lui le candidat idéal pour exercer cette fonction au CHU. De plus, il a toujours exercé ses fonctions de manière bénévole, ce qui enlève tout soupçon de partialité que pourraient avoir les patients qui ont recours à lui. Il avait par ailleurs longtemps exercé des fonctions de conseil et d'expertise auprès des caisses de sécurité sociale puis auprès de la Cour d'Appel de Dijon et avait donc une réelle expérience en ce domaine. Il a même passé par la suite divers diplômes qui ont pu lui servir dans ses fonctions de médiateur, notamment un diplôme en réparation juridique des dommages corporels.

Les conditions de la saisine du médiateur ont dès le départ été définies de manière à privilégier, dans la mesure du possible, la rapidité et la souplesse de son intervention. Il

est le plus souvent saisi par la direction générale ou par la direction des droits des patients, comme nous le verrons ultérieurement. D'une manière systématique, toutes les plaintes qui arrivent à la direction et qui soulèvent une question d'ordre médical lui sont soumises. Cependant, son intervention est toujours proposée aux patients mais n'est jamais obligatoire (dans la pratique, peu de patients refusent). De même, son intervention n'est en aucun cas obligatoire avant une éventuelle procédure juridictionnelle.

La procédure d'examen d'un dossier de médiation médicale par le Professeur STRAUSS se déroule toujours de la manière suivante :

- Le médiateur médical prend connaissance des courriers qui lui sont adressés et s'imprègne du dossier ;
- Il prend contact avec le patient concerné, qui a été informé par la direction de la saisine du médiateur, et lui demande son accord pour consulter son dossier médical et pour s'entretenir de son cas avec le chef du service incriminé par la réclamation du patient. En théorie, il faudrait toujours un accord écrit du patient pour la consultation de son dossier mais dans la pratique, et pour privilégier un traitement le plus rapide possible de l'affaire, il se contente souvent d'un accord oral, qui sera régularisé par un écrit par la suite ;
- En cas d'accord, il consulte l'ensemble des pièces du dossier médical et prend contact avec le chef de service concerné, parfois avec certains autres médecins pour entendre leur version des faits et leur soumettre celle du patient. A ce stade, il peut se faire une première idée des suites que prendra le dossier.
- Il demande ensuite à rencontrer le patient, qui dans la très grande majorité des cas, accepte le rendez-vous. En cas d'impossibilité (éloignement géographique, impossibilité pour le patient de se déplacer...) il reste en contact téléphonique avec lui. Lors de ce rendez-vous, il se présente et explique bien au patient sa position de totale neutralité par rapport à l'établissement et ses missions d'explication, de clarification, d'écoute et de conseil. Souvent, les patients expriment leurs griefs à l'encontre du service ou du médecin impliqué. Le médiateur les écoute puis leur fait part de la position du médecin qu'il a rencontré et leur communique les éléments objectifs du dossier médical. La plupart du temps, les patients sortent soulagés de cet entretien et leur réclamation s'arrête là.
- Le médiateur envoie ensuite un rapport au directeur et, par souci de transparence, à l'ensemble des personnes concernées et/ou incriminées. Ce rapport est essentiel dans la phase de règlement et d'apaisement du conflit car, en fonction de l'intime conviction qu'il s'est forgée, le médiateur indique au directeur dans quel sens il doit répondre au patient et les suites qui, selon lui,

seront données au dossier. Il est bien entendu que ce rapport ne comporte aucune information médicale précise, et qu'à aucun moment il n'y a violation du secret médical. Quand le patient en fait la demande (mais c'est très rare), le médiateur lui adresse une copie de ce rapport.

- En fonction des orientations proposées par le courrier du médiateur, le directeur répond alors au patient. La plupart du temps, grâce à l'intervention de Mr le Professeur STRAUSS, les patients sont satisfaits d'une réponse qui correspond à leurs attentes.
- Pour finir, le médiateur médical consigne l'ensemble de ces dossiers de médiation pour pouvoir en faire rapport régulièrement devant la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité (CRUQ) (et auparavant, auprès des commissions de conciliation), ou encore devant la Commission Médicale d'Etablissement.

b) Un modèle pour les autres CHU

Le système mis en place à Dijon est devenu un véritable modèle pour les autres établissements de santé. En effet, même si le CHU n'était pas le premier établissement à instaurer des mécanismes de conciliation médicale (mise en œuvre des conciliateurs médicaux à l'AP-HP, création d'une commission d'information des usagers aux Hospices Civils de Lyon ou encore instauration de fonctions de médiation dans les centres hospitaliers de Tulle et de Montauban), il est très vite devenu un établissement de référence. Une enquête menée en 1995 avait montré qu'à cette époque, seule une dizaine d'établissements de santé s'était dotés d'une structure de médiation ou de conciliation.

Ainsi, le médiateur du CHU a participé aux réflexions des Etats Généraux de la Santé en 1998-1999 et, dès le 17 octobre 1997, l'établissement a organisé un colloque sur la médiation médicale, alors qu'au niveau national, les textes entourant les commissions de conciliation n'étaient toujours pas sortis. Cette journée avait pour objectif :

- de préciser les modalités d'une médiation efficace ;
- de comparer les différentes expériences des établissements ;
- de rechercher les meilleures conditions dans lesquelles pourraient être installées les commissions de conciliation...

Cette réunion a été très enrichissante et a été l'occasion de partager des expériences entre établissements hospitaliers mais aussi de recueillir le point de vue d'autres acteurs (magistrats, juristes, représentants du Conseil de l'Ordre des médecins, conciliateurs

judiciaires, délégués de compagnie d'assurance comme la Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles (SHAM) ou le Sou Médical ...)

Très enrichissante pour tous, elle est également à l'origine de la création d'une Charte du médiateur médical¹⁰ et de l'Association des médiateurs médicaux et des médecins conciliateurs¹¹, toujours sous l'impulsion du médiateur médical du CHU de Dijon. Il est en effet apparu très important d'essayer de tendre vers une harmonisation des pratiques entre les différents établissements. Le compte-rendu de cette journée a également été envoyé à tous les CHU non pourvus de médecins conciliateurs. A l'initiative du CHU de Dijon et de son médiateur, des modifications ont été apportées au projet de décret instituant les commissions de conciliation, notamment pour mieux préserver le secret médical.

Par ailleurs, le médiateur médical du CHU a encadré plusieurs mémoires (étudiants en DEA, ou de l'ENSP) voire de thèse d'étudiants en médecine (la médiation médicale et le service des urgences).

1.2.2 : Le modèle dijonnais à l'épreuve de textes

a) Le système dijonnais a toujours été à l'avant-garde des réformes nationales

La médiation médicale a été mise en place relativement tôt par rapport à la parution des textes nationaux et n'a donc pas toujours eu les bases juridiques et réglementaires avant de se mettre en place. Cependant, nous allons voir que le système mis en place à Dijon a toujours été à l'avant-garde de textes à paraître et même des récents textes sur la CRUQ.

Mis en place dès 1994, le rôle du médiateur n'a pas fondamentalement changé lors de la parution des textes de 1996 et de 1998 et il avait été décidé de garder les spécificités dijonnaises dans la mesure où elles avaient déjà fait preuve de leur efficacité lors des premières années de fonctionnement. La commission de conciliation a été créée mais la procédure de traitement des dossiers est restée la même et le rôle du médiateur médical, pilier du dispositif, a toujours été prépondérant.

Tout au long de son activité, la préoccupation du médiateur médical a toujours été l'amélioration de la qualité du service rendu aux patients et il a souvent fait des préconisations pour le perfectionnement de telle ou telle pratique. Dans son rapport du 23 mars 2000, le Professeur Strauss disait déjà qu'il fallait aller plus loin et « *intégrer la*

¹⁰ Voir annexe 3

¹¹ Voir annexe 4

médiation médicale et les travaux de la commission de conciliation au sein d'une politique globale de la qualité, tout comme l'analyse des questionnaires de sortie et des enquêtes de satisfaction ».

Même si ces questions ont toujours été liées, les textes officiels n'ont rattaché la médiation médicale et la politique globale de la qualité que lorsque les commissions de relation avec les usagers et de la qualité de la prise en charge ont été créées, en 2005.

b) Le système dijonnais à l'heure de la CRUQ

Même si au départ, le médiateur lui-même a refusé d'émettre une distinction entre les fonctions de médiation et de conciliation, le CHU de Dijon a toujours clairement désigné le Pr Strauss comme le médiateur médical de l'établissement, ce que les textes nationaux n'imposent que depuis le décret du 2 mars 2005. Il semble de ce fait y avoir eu moins de confusions et de tergiversations autour de la distinction entre ces deux fonctions. Là encore, depuis la mise en place des CRUQ, le rôle du médiateur n'est pas fondamentalement différent de celui qu'il a toujours été et la procédure de traitement des dossiers est restée la même.

Malgré tout, on peut considérer que son rôle a changé dans la mesure où il avait toujours été président de la commission de conciliation, sans que la question de la possibilité que cela soit une autre personne ne soit posée. Avec les CRUQ, cela n'est plus possible puisque la présidence de cette commission appartient nécessairement à la direction de l'hôpital.

En revanche, le texte sur les CRUQ précise qu'une permanence d'accueil des usagers pourrait être tenue dans chaque établissement par les associations d'usagers, ce qui n'est pas le cas au CHU de Dijon. C'est le médiateur médical qui tient une permanence, dans la mesure où il est présent dans les murs de l'hôpital tous les matins de 10 heures à midi. Ce travail lui prend toujours l'équivalent d'un mi-temps. Cependant, comme nous le reverrons plus tard, on peut s'interroger sur les conditions de cette permanence tenue par le Professeur Strauss, voire sur le terme même de « permanence ».

De même, la possibilité qu'ont les patients d'être entendus par la CRUQ n'a que très peu d'échos et les patients et leurs familles semblent assez réticents à venir se présenter devant ce qui à leurs yeux ressemble à un « tribunal ». Il est en effet probablement plus facile de venir se confier à une personne qu'à une assemblée. Mais les patients ne semblent pas encore saisir la véritable finalité de la CRUQ qui ne peut pas être de les débouter mais uniquement de les faire avancer dans leurs démarches et de susciter des

propositions d'amélioration de la qualité du service rendu aux patients dans l'établissement.

II. Après treize années de fonctionnement, le bilan de l'action du médiateur médical au CHU de Dijon est unanimement reconnu comme très satisfaisant.

2.1. : Une première approche quantitative : plus de 800 dossiers exploitables

2.1.1 : La procédure de traitement des dossiers par le médiateur médical : quelques chiffres

a) Un médiateur qui peut être saisi par de nombreuses voies

En treize ans de fonctionnement de la médiation médicale au CHU de Dijon, ce sont plus de 800 dossiers (818 dossiers exploitables pour l'étude) qui ont été traités par le Professeur STRAUSS. L'ensemble de ces dossiers constitue une véritable mine d'informations sur le fonctionnement du CHU, sur la perception que peuvent avoir les différents acteurs concernés de la médiation médicale ou encore sur les principaux dysfonctionnements de l'établissement (services les plus concernés par des réclamations de patients, motifs de mécontentement le plus souvent évoqués par ces derniers...). Un tel nombre d'affaires permet de tirer plusieurs conclusions et de faire un bilan de son activité. Par ailleurs, il convient de préciser qu'un nombre significativement supérieur de dossiers sont passés entre les mains du médiateur mais que parfois, notamment en raison de non réponse des patients, ils ne peuvent pas être traités.

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Nb de dossiers	21*	30	43	58	50	79	86	58	80	94	75	76	68

*Pour 1994, la médiation a été mise en place au cours du mois de juin.

L'année 2007 étant en cours, il a été décidé de ne pas tenir compte des dossiers traités par le médiateur.

Ainsi, plus de 800 dossiers ont été analysés et pour chacun d'entre eux, un certain nombre de questions a été posé :

- Qui fait part de ses griefs (patient, parent, enfant, conjoint...) ?
- A qui le premier courrier de réclamation a-t-il été adressé (directeur, médiateur, chef de service, autorités administratives diverses...) ?

- Quel est le service mis en cause par la lettre ?
- Quel est le motif principal de la réclamation du patient ?
- Quelles suites ont été données au dossier ?
- Quel a été le délai de réponse (entre la date de la première lettre du patient et celle de la réponse du directeur général) ?

Il a d'abord paru très intéressant de regarder comment était saisi le médiateur médical. L'analyse de l'ensemble des dossiers, année après année, montre qu'il est encore assez peu saisi directement par les patients (moins de 10% des cas) même si cela a été un peu plus le cas dans les dernières années.

Ainsi, les patients ou leur famille adressent encore très majoritairement leur courrier au directeur général (près d'un tiers des courriers lui sont destinés). D'autres directeurs sont également concernés : les directeurs d'établissement (le CHU étant réparti sur trois sites distincts sur Dijon) ou encore, mais moins fréquemment le DRH (quand certaines réclamations portent sur le comportement d'un personnel soignant par exemple) ou le directeur des droits des patients, que les patients semblent avoir assez bien repéré dans l'organigramme de l'établissement. En effet, ce sont en moyenne un quart des lettres de réclamation qui lui arrivent directement. La directrice de la clientèle est également régulièrement sollicitée.

Les chefs de service concernés par la réclamation sont eux aussi assez régulièrement sollicités. Les autres médecins, parfois directement impliqués dans la lettre de réclamation, sont assez peu souvent destinataires de la lettre. Quelques courriers sont également parfois adressés au cadre de santé du service, ce qui montre que globalement, les patients connaissent très bien le fonctionnement et le rôle que peuvent avoir les différents acteurs d'un établissement de santé.

Par ailleurs, au sein du CHU, il semble également étonnant de voir à quel point les patients sont informés sur les diverses personnes représentatives de l'établissement et sur le rôle qu'ils peuvent avoir. Ainsi, on trouve plusieurs courriers adressés à :

- Mr le Président du Conseil d'Administration (CA) (régulièrement confondu avec le directeur) ;
- Mr le Président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) ;
- Les représentants des usagers
- La psychologue du CHU
- Le bureau des entrées
- La trésorerie du CHU
- La commission de conciliation puis la CRUQ
- Le médiateur médical

Les patients ont aussi tendance à adresser leur courrier à des instances administratives autres que celles du CHU, dans l'espoir parfois d'être entendu « *de façon plus équitable et à un niveau plus élevé*¹² ». Il convient toutefois de préciser que parfois les patients ne s'adressent en premier lieu qu'à ces diverses autorités administratives alors que d'autres adressent un courrier au directeur général et une copie de ce courrier à l'une des autorités ci-dessous. Dans tous les cas, lorsque l'un des destinataires ci-dessous est saisi, il adresse de façon systématique une copie du courrier au directeur général du CHU (et presque jamais au médiateur) en lui demandant de le tenir au courant de la suite donnée à ce dossier. On trouve ainsi dans cette liste très éclectique :

- le maire de Dijon mais aussi parfois le maire de la commune de résidence du patient ;
- le directeur d'un autre hôpital de la région
- les directions départementales et régionales des affaires sanitaires et sociales (DDASS et DRASS) ;
- le Préfet de Côte d'Or ou de Bourgogne
- divers députés de Côté d'Or
- l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) ;
- la Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation (CRCI) ;
- la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAM)
- le Ministère de la Santé
- le Ministère des Affaires Etrangères (pour une affaire concernant un patient d'origine étrangère)
- le Médiateur de la République
- le Président de la République ...

Il est parfois étonnant de voir le décalage entre les autorités à qui les patients s'adressent et la forme qu'ils utilisent pour faire leur réclamation. Dans une assez grande majorité des cas, les lettres de réclamations sont rédigées à la main, sur une feuille volante (voire arrachée d'un cahier) et sont très souvent truffées de fautes d'orthographe. Certains patients ne semblent pas se préoccuper de questions de forme dans leur réclamation, tant ils sont préoccupés par le fond de leur demande, mais cela peut contribuer à décrédibiliser leurs diverses demandes.

Quand une réclamation met directement en cause un médecin de l'établissement, certains patients envoient une copie de leur courrier (ou même envoient directement leur courrier) à leur médecin traitant, au médecin conseil régional et/ou au Conseil de l'Ordre des médecins.

¹² Propos retrouvés dans le courrier d'un patient adressé à diverses autorités administratives.

On voit donc que le but de la création des commissions de conciliation, puis des CRUQ qui leur ont succédé, qui était de créer un interlocuteur unique pour les patients et leurs familles n'est que partiellement atteint. On peut d'ailleurs s'interroger sur le fait que les patients semblent avoir mieux identifié le directeur des droits des patients que le médiateur médical. De même, le directeur médical n'est jamais directement saisi par les diverses autorités administratives citées ci-dessus : elles adressent toujours la copie du courrier qu'elles ont reçu à Mr le directeur général. De même, on peut noter dans les textes la possibilité d'une auto-saisine du médiateur mais dans les faits, cela n'est jamais arrivé.

b) Un médiateur le plus souvent saisi par le patient ou par ses proches

En treize ans de fonctionnement, ces chiffres n'ont pas changé. Les courriers qui sont adressés au médiateur, à la direction ou aux autres autorités citées ci-dessus le sont régulièrement par le patient lui-même (dans environ un cas sur deux) et par ses proches (parent, enfant, conjoint, autre membre de la famille...).

Cependant, une analyse plus détaillée permet de saisir une première évolution : le patient écrit de moins en moins lui-même et le médiateur a de plus en plus affaire à un proche. Ceci est notamment dû au fait qu'un nombre croissant de réclamations est dû au décès du patient en question et aux interrogations de ses proches quant à la qualité de sa prise en charge.

2.1.2. : La diversité des dossiers traités par le médiateur

a) Les motifs des plaintes des patients ou de leurs familles

Les motivations des plaintes sont parfois difficiles à cerner et à analyser : elles peuvent être multiples et il n'est parfois pas évident d'évaluer la raison essentielle du mécontentement, qui est parfois occultée parmi de nombreuses demandes ou réclamations. Les problèmes évoqués sont surtout médicaux, sans que l'on puisse retenir, dans la plupart des cas, des fautes médicales évidentes. Souvent, une communication défailante avec l'ensemble du personnel soignant ou un accueil mal vécu sont rapportés.

La plupart du temps, la plainte est multiple et les griefs du patient sont divers. Ils mettent régulièrement en cause des médecins, mais aussi des personnels soignants ou administratifs. En tant que responsable de l'organisation des soins dans son service, le chef de service est alors incriminé et le médiateur médical est donc compétent pour traiter

le dossier. En revanche, quelques dossiers ne mettent pas du tout en cause l'organisation des soins ou les compétences médicales d'un praticien. Dans ce cas, le médiateur médical n'est pas saisi et le directeur se réfère directement à la personne la plus concernée et la plus susceptible de répondre à la demande du patient. Cette séparation des compétences est encore plus claire depuis la mise en place des CRUQ et la nomination d'un médiateur non médical dans l'établissement, qui sera en charge de tous ces dossiers.

Un des principaux motifs de réclamations des patients ou de leurs familles au cours de ces treize années consiste autour d'un défaut de communication (ressenti). Il convient toutefois de nuancer ce propos car le nombre de griefs liés à ces considérations a récemment eu tendance à diminuer de manière significative, la loi du 4 mars 2002 ayant probablement eu des effets positifs sur les comportements des personnels hospitaliers. Cependant, on trouve encore un certain nombre de patients qui se plaignent de diverses choses. En effet, parmi les situations conflictuelles relevant d'une façon plus ou moins directe d'un défaut d'information, on peut retenir :

- défaut d'information sur un acte chirurgical / absence de recherche du consentement,
- défaut d'information sur les conséquences possibles d'un acte chirurgical,
- défaut d'information sur les conséquences possibles de l'utilisation d'une thérapeutique,
- une information négligée sur les protocoles expérimentaux des essais cliniques,
- une information insuffisante sur : la durée d'une attente, le report d'une intervention ou d'hospitalisation programmée, les conditions d'examen et/ou de transport, les modifications d'un traitement...

Les patients ou leurs familles évoquent également de plus en plus fréquemment des difficultés relationnelles avec les équipes soignantes. L'accueil est souvent qualifié d'inadapté et de peu chaleureux. Ces remarques sont plus souvent faites au sujet de l'hôpital d'enfants, pour lequel les familles semblent être encore plus exigeantes en matière d'accueil et de prise en charge. Les patients parlent ainsi de notion archaïque de « pouvoir médical », ce qui peut sembler d'autant plus gênant que ce sont assez souvent des jeune professionnels (des internes) qui sont mis en cause et qui semblent parfois manquer de courtoisie. Les soignants sont souvent jugés « débordés » et les patients critiquent leur manque de temps pour chaque patient (conversations expéditives, réception dans un couloir, manque d'écoute...). Ils ont souvent l'impression de les déranger. Ils évoquent également régulièrement l'insuffisance de la prise en charge psychologique lors d'une catastrophe ou d'un décès.

Parfois, de vraies fautes médicales sont évoquées (absence de diagnostic d'une pathologie lourde qui s'est rapidement aggravée, absence de consultation pré-anesthésique...), et des comportements inacceptables de la part de personnel du CHU sont décrits. Mais il faut aussi prendre en compte les nouvelles façons de procéder des patients et, comme nous le verrons à la fin de ce mémoire, ces derniers posent un certain nombre de soucis au médiateur. En effet, les patients mettent également de plus en plus souvent en cause la qualité de l'acte prodigué ou du traitement proposé. En général, ils se basent sur des généralités qu'ils ont lues sur Internet sur telle ou telle maladie et sur les traitements que les médecins « se doivent » de proposer. De même, ils sont de plus en plus demandeurs d'information les concernant (demande d'accès à leur dossier médical) ou concernant leurs proches (demandes de pièces pour comprendre un décès, accepter plus facilement un deuil...) D'une manière générale, les demandes de personnes vivant mal un deuil et recherchant une aide, un soutien dans ce contexte sont de plus en plus nombreuses.

Souvent, les réclamations étudiées par le Professeur STRAUSS comportent également un certain nombre de problématiques qui ne sont pas de nature médicale et qui pourraient donc être traitées par le médiateur non médical. Mais il semble y avoir une plus grande logique et cohérence à ce que les dossiers soient traités dans leur globalité. Ainsi, peuvent être soumis au médiateur médical des dossiers faisant référence à un refus de soins pour motifs religieux, des problèmes hôteliers (chambre partagée, bruit, promiscuité...), des problèmes organisationnels (délais, attente aux urgences...) ou purement juridiques (traitement de malades en hospitalisation sous contrainte ou de patients sous tutelle...)

On découvre également que les dossiers les plus récents (traités lors des cinq dernières années) font ressortir plusieurs thématiques qui semblent préoccuper de plus en plus les patients et leurs familles : il s'agit de la contraction de maladies nosocomiales, de l'accompagnement du patient et de ses proches en fin de vie et d'une augmentation très sensible des demandes de communication des dossiers médicaux. On voit là une réelle émergence d'un besoin nouveau et la volonté que des dispositifs d'accompagnement à tous niveaux soient mis en place.

b) Les principaux services concernés : étude des dossiers sur 13 ans

Certains dossiers pouvant incriminer plusieurs services, le total des réclamations dépasse ici 818 (en tout, 1116 mises en cause de services sont dénombrées).

Les urgences adultes sont le service le plus concerné (170 dossiers sur 818, soit 20% des réclamations) mais ce chiffre est à mettre en relation avec le nombre de passages dans ce service : le nombre de plaintes exprimées est en fait très relatif. Les urgences pédiatriques sont elles aussi concernées (21 dossiers sur 818, soit 2,5% des réclamations). Les mêmes remarques peuvent être faites, en sachant que les parents d'enfants malades ont plus tendance que les patients directement concernés à écrire une lettre de réclamation (ils ont souvent été très inquiets sans pouvoir trouver le réconfort qu'ils attendaient à l'hôpital, que ce soit à tort ou à raison). Le SAMU est également concerné par 10 réclamations de patients.

→**Pour les urgences/SAMU, on arrive donc à un total de 211 réclamations.**

Les spécialités chirurgicales dites « à risque » sont elles aussi très concernées par des griefs de patients, ce qui est fort compréhensible dans la mesure où c'est dans ces services que les patients sont le plus susceptible de subir des actes chirurgicaux lourds et d'en garder des séquelles importantes.

Spécialités chirurgicales les plus concernées	Nb de réclamations
Orthopédie	82
Maternité	48
Chirurgie viscérale	46
Cardiologie	44
Chirurgie digestive	36
Chirurgie cardio-vasculaire	35
Neurochirurgie	30
Ophtalmologie	31
Chirurgie maxillo-faciale	27
Chirurgie pédiatrique	25
ORL	24
Odontologie	20
Urologie	19
TOTAL	467

Par ailleurs, les spécialités lourdes, plus ou moins directement liées à la chirurgie font elles aussi l'objet de réclamations de la part des patients : ainsi, 27 réclamations concernent l'anesthésie et 61 les différentes spécialités de réanimation (médicale, chirurgicale, soins intensifs de cardiologie). Pour l'ensemble des disciplines de réanimation et d'anesthésie, on arrive donc à un total de 88 réclamations.

Les spécialités médicales sont elles aussi touchées par des réclamations de patients, même si c'est dans une moindre mesure que les spécialités chirurgicales.

Spécialités médicales les plus concernées	Nb de réclamations
Neurologie	57
Médecine interne	43
Hépatogastro-entérologie	40

Pédiatrie (dont néonatalogie)	27
Néphrologie	25
Rhumatologie	22
Pneumologie	18
Hématologie/Oncologie	15
Endocrinologie	15
Psychiatrie	13
Dermatologie	9
Maladies infectieuses	6
Angiologie	3
TOTAL	293

Par ailleurs, les différents services dits de longs séjours sont assez régulièrement concernés eux aussi : la gériatrie et l'établissement habilité à héberger des personnes âgées dépendantes (EHPAD) ont chacun fait l'objet de 10 réclamations. Le centre de convalescence et de rééducation (CCR) a également été l'objet de 20 réclamations. Au total, cela fait donc 40 réclamations pour ces services.

Enfin, différents services « transversaux » peuvent également être concernés : la pharmacie, les laboratoires, les services d'imagerie ou de transports patients. Au total, cela représente 15 réclamations.

Certains services sont liés : ainsi, souvent une plainte met en cause les urgences et la radiologie pour défaut d'interprétation d'un cliché. Un patient arrive aux urgences pour des douleurs, subit les examens adaptés mais les résultats de ces derniers ne sont parfois pas interprétés. Ainsi, certains patients subissent un préjudice car ils reviennent aux urgences quelques jours plus tard avec des douleurs encore plus vives, et c'est à ce moment qu'un médecin se rend compte que les clichés faits lors du premier passage mettaient en avant de façon évidente une fracture mais n'avaient même pas été interprétés par un médecin.

c) Conclusions

Cette étude confirme quelques suppositions de départ : tout d'abord, aucun service n'est épargné et tous sont concernés par l'intervention du médiateur médical. Ensuite, les urgences (adultes et pédiatriques) sont les services qui reçoivent le plus de réclamations (environ 25% du total), mais cela est à mettre en relation avec le nombre élevé de passages aux urgences chaque année (57 356 en 2006, urgences adultes et pédiatriques confondues). Au total, le taux de réclamations est donc très faible.

Bien sûr, les spécialités chirurgicales, d'anesthésie et de réanimation sont également très concernées par les demandes des patients. Ce sont probablement les services dans lesquels les actes les plus lourds sont pratiqués et où toutes les nouvelles dispositions législatives et règlementaires relatives aux droits des patients prennent tout leur sens. En

effet, l'information du patient (notamment sur les conséquences possibles d'une intervention) ou encore la recherche de son consentement sont ici indispensables. C'est aussi dans ces services qu'il y a un risque fort que certaines interventions se passent mal. Par ailleurs, ils reçoivent souvent des malades lourds et leur hospitalisation dans ces services est souvent vécue par leurs proches comme une « dernière chance ». Il est donc compréhensible que les proches des patients hospitalisés soient encore plus exigeants avec ces services.

Les spécialités médicales sont globalement moins concernées que les spécialités chirurgicales par des réclamations de patients. Cependant, trois spécialités semblent beaucoup plus mises en cause que les autres : il s'agit de la neurologie, de la médecine interne et de l'hépto-gastro-entérologie. Certaines spécialités un peu spécifiques, comme la psychiatrie sont également concernées. Enfin, tous les services qui ont pour vocation de prendre en charge des individus plus fragiles (pédiatrie, gériatrie, long séjour...) sont eux aussi un peu plus concernés par les réclamations des patients que la moyenne. Dans ces cas précis, la demande ne vient jamais du patient lui-même mais toujours d'un de ses proches (parent, enfant) qui a mal vécu l'hospitalisation de la personne.

Il est enfin apparu intéressant de mener une analyse croisée de ces deux recherches : pour les services les plus concernés par des réclamations, quelle est la principale cause de mécontentement des patients ou de leurs proches ? Là encore, les résultats de l'analyse ne sont pas très surprenants. Ainsi,

- les urgences sont principalement concernées par des griefs au sujet de l'organisation du service et des délais d'attente, tant pour être vu par un médecin que pour avoir des résultats d'examens (plus de 70% des courriers) ;
- les services chirurgicaux, d'anesthésie et de réanimation sont principalement concernés par des griefs au sujet de défaut d'information, de complications postopératoires et de décès de la personne dans le service (plus de 60% des courriers) ;
- les services médicaux sont principalement concernés par des griefs au sujet de l'accueil, de la qualité de la prise en charge et de la relation patient/soignant (plus de 60% des courriers).

2.2. : Le travail du médiateur semble avoir donné une grande satisfaction à l'ensemble des acteurs

2.2.1 : Les différents acteurs de CHU pouvant être concernés par la médiation médicale ont tous loué son travail et reconnu son efficacité

a) La plupart des dossiers de médiation médicale sont classés sans suite

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Sans suite	20	28	40	52	41	68	74	46	56	71	50	62	52
Assureur	1	2	3	3	5	7	4	4	11	19	15	7	11
Contentieux	0	0	0	3	4	4	8	8	13	4	3	1	1
CRCI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	6	4
TOTAL	21	30	43	58	50	79	86	58	80	94	75	76	68

Comme le montre ce tableau, la première preuve de l'efficacité de l'action du médiateur se mesure au nombre de dossiers qui sont classés sans suite. A Dijon, ce nombre est impressionnant et, en dehors des cas les plus graves dans lesquels une faute de l'établissement peut vraiment être démontrée, la très grande majorité des affaires est en général classée sans suite. La SHAM ne connaît que peu d'affaires dans lesquelles la responsabilité du CHU est mise en cause.

Il faut toutefois apporter quelques précisions à ce tableau. Les données fournies ne concernent que les dossiers qui sont d'abord passés par le médiateur médical. Ainsi, pour les années 2003 à 2006, le nombre de cas étudiés par la CRCI est supérieur au chiffre donné mais il s'agit de dossiers pour lesquels les patients ont directement saisi la Cour. De même, le nombre de contentieux ou de déclarations à l'assurance (surtout pour des cas de mise en cause de la responsabilité civile de l'établissement) est supérieur à celui qui est indiqué ici.

Il faut par ailleurs avoir en tête que la notion de contentieux est assez large puisqu'elle recouvre à la fois les contentieux en justice et les contentieux déclarés à l'assureur. De même, l'accès à l'assureur peut être motivé soit :

- pour un simple avis
- pour une procédure conservatoire
- pour un contentieux
- plus rarement, pour une judiciarisation susceptible d'entraîner de lourdes indemnités.

Ainsi, de ce point de vue, l'efficacité du médiateur médical ne peut pas être contestée, même si, depuis la mise en place du nouveau dispositif législatif découlant de la loi du 4

mars 2002, on peut considérer que les affaires les plus graves ne passent plus devant le médiateur médical puisque dans certains cas, ils sont directement pris en charge par la solidarité nationale (ONIAM...) dans un cadre assez favorable au patient. De même, les CRCI sont bien connues des patients, notamment par l'intermédiaire des diverses associations d'usagers et sont parfois directement sollicitées. C'est d'ailleurs souvent une fois que le mécanisme « indemnisation » de la CRCI a échoué que les patients tentent de mettre en œuvre la partie « conciliation », ce qui est parfois délicat et peut poser des problèmes de positionnement au médiateur médical du CHU, comme nous le verrons dans la dernière partie de ce travail.

Toutefois, même si le médiateur traite des dossiers parfois « mineurs », il a aussi en charge des dossiers beaucoup plus complexes et relevant de réels dysfonctionnements de l'établissement. Même dans ces cas là, il arrive la plupart du temps à aboutir à une solution acceptable par l'ensemble des parties, alors que parfois le premier courrier du patient semblait laisser craindre le pire. Certains de ces courriers sont écrits sous la colère et traduisent parfois de façon exagérée ce que le patient a vécu. C'est là que la médiation joue pleinement son rôle et que la rencontre rapide avec le Professeur Strauss permet d'apaiser le patient ou sa famille. Une simple lettre du Directeur Général précisant qu'il a bien pris note de ce qui était arrivé à la personne, qu'il en avait alerté le chef de service et que des mesures seraient prises pour que cela n'arrive pas à d'autres, suffit en général amplement à contenter le patient.

b) L'ensemble des acteurs du CHU sont satisfaits de l'existence d'une médiation efficace au CHU de Dijon

Les patients qui ont rencontré et eu affaire au médiateur médical semblent globalement très satisfaits de son intervention et comme cela a été vu précédemment, certains dossiers, au départ considérés comme délicats (voire difficiles) par la direction et par le médiateur médical sont finalement classés sans suites. Les patients sont en effet contents d'avoir affaire à un médiateur et ne semblent que très rarement mettre en cause son indépendance. Ils sont souvent apaisés par cette intervention, soulagés d'avoir été entendus et de savoir que leur lettre permettra peut-être d'améliorer le fonctionnement du service qu'ils avaient incriminé et d'éviter les désagréments qu'ils ont subi à d'autres patients et/ou familles.

Cependant, il est difficile d'évaluer de façon plus précise cette satisfaction des patients dans la mesure où le CHU de Dijon refuse de procéder à des enquêtes de satisfaction dans ce cadre. En effet, le directeur des droits des patients comme le médiateur médical ont peur de réveiller certaines douleurs et de rouvrir certains dossiers

considérés comme clos en envoyant de telles lettres aux patients. Généralement, la médiation s'est bien passée et les patients ont « oublié ». Il est donc inutile de leur rappeler des faits qui leur ont été désagréables, surtout dans le cas (de plus en plus fréquent), où la réclamation concernait un décès et une difficulté à faire un deuil.

Certains patients critiquent d'emblée l'intervention du médiateur médical (mais c'est assez rare) : ainsi, une patiente mécontente écrit une deuxième lettre au directeur général de l'établissement en précisant : « *la seule chose qui m'a été proposée est de rencontrer un médiateur médical* ». En réalité, pour certains patients dont le but de la réclamation est exclusivement celui d'obtenir une compensation financière du préjudice qu'ils ont subi, ou estiment avoir subi, l'intervention du médiateur est rapidement déroutante puisqu'il ne peut pas intervenir dans ce cadre.

Comme cela a été dit précédemment, le médiateur médical propose systématiquement au patient de rencontrer le chef du service incriminé, responsable des malades et du personnel, mais dans une très grande majorité des cas, le patient refuse cette rencontre. Cela n'empêche pas une relation et un dialogue constant entre les chefs de service du CHU et le médiateur. Parfois, les chefs de service ignorent totalement les incidents ou les faits incriminés mais ils tâchent toujours de s'en informer afin de pouvoir confronter les versions des faits. Le plus souvent, les contacts sont excellents et les praticiens sont globalement très satisfaits de l'intervention du médiateur et sont contents de connaître les revendications des patients mécontents. Ils participent même parfois à la réflexion sur les meilleures modalités du règlement du conflit. De même, il leur arrive de porter à la connaissance du médiateur un conflit latent ou potentiel, avant même que l'administration en soit saisie. Toutes les études menées auprès des chefs de service, tant par l'administration que par le médiateur lui-même, montre la satisfaction quasi-unanime des chefs de service. Lorsque le médiateur présente son bilan en CME, il est toujours chaudement remercié de son travail. Il est même arrivé que des médecins chefs de service ou même des médecins libéraux lui demandent son avis pour une gestion de dossiers concernant des problèmes de contentieux ou d'expertise.

D'autres acteurs de l'hôpital sont également tous unanimes quant à la qualité du travail et l'utilité des interventions de Mr le Pr Strauss pour le bon fonctionnement de l'institution. Qu'il s'agisse de l'équipe de direction dans son ensemble, de la totalité du corps médical, des organisations syndicales ou encore des associations d'usagers, tout le monde plébiscite son travail. Il est un personnage très apprécié du CHU et ses interventions en CME, en CA ou lors de la CRUQ sont toujours intéressantes et écoutées attentivement.

- c) L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) avait vanté les mérites de la médiation lors de la visite (V1) d'avril 2004.

Le manuel d'accréditation (V1) comportait un référentiel I.1 intitulé « Droits et information du patient ». Lors de la visite qui a eu lieu en avril 2004, le CHU avait reçu un bon point de la part de l'ANAES puisque dans son rapport, elle précisait :

« La définition et la mise en œuvre de la politique d'amélioration du respect des droits et de l'information du patient associent la direction, les soignants et les représentants des usagers. Elles visent l'application de la Charte du patient hospitalisé (ou de la personne âgée hospitalisée dans les services de gériatrie) complétée par les dispositions de la loi de mars 2002. La mise en œuvre, gérée par une direction spécifique (direction de la clientèle et des droits du patient), implique les personnels, et les représentants des usagers dans des actions de formations ou les instances telles que la commission de conciliation. L'évaluation est faite par l'analyse des questionnaires de sortie et des enquêtes spécifiques avec l'aide d'un ingénieur qualité, les résultats en sont diffusés et pris en compte dans des actions d'amélioration de la qualité. Elle constitue un point fort, de même que la gestion des plaintes et des réclamations des patients. L'établissement est invité à poursuivre la mise en œuvre de sa politique de respect de la confidentialité, l'intimité et la liberté de circulation, ainsi que sa réflexion sur l'association du patient à la réflexion bénéfices-risques. »

2.2.2. : Concrètement, son action a déjà engendré des propositions d'amélioration de la qualité au CHU de Dijon

Souvent, les patients écrivent dans le but d'éviter à d'autres ce qu'ils ont mal vécu ou mal ressenti lors de leur hospitalisation au CHU. C'est du moins ce qu'ils prétendent dans leurs courriers. Ainsi, tous les courriers de réponse qu'adresse le Directeur général aux réclamations précisent que leur demande a été prise en compte, transmise au chef de service et qu'il en sera tenu compte pour la prise en charge de nouveaux patients. Ce ne sont pas que des pures déclarations d'intention et dans un certain nombre de cas, il y a eu de réelles propositions d'action d'amélioration mises en œuvre.

Ainsi, aux urgences (service qui représente un nombre non négligeable de réclamations de tout ordre), le chef de service a pris l'habitude de systématiquement organiser une réunion de service lorsque ce dernier est mis en cause afin de vérifier les propos tenus par le patient, et de mettre en œuvre des mesures de correction. Le but n'est pas d'émettre des sanctions à l'égard des personnes mises en cause (sauf en cas

de véritable faute lourde ou grave) mais bel et bien de trouver des actions d'amélioration de la qualité des soins prodigués aux patients.

De même, plusieurs dispositifs spécifiques ont été mis en place suite à de nombreuses réclamations de patients. On peut ainsi citer un protocole pour une interprétation systématique des clichés radiologiques effectués aux urgences, dans des délais raisonnables ou encore la mise en place d'un dispositif de formation spécifique sur la relation patient / soignant. L'établissement, qui sort juste de sa période d'autoévaluation, a également décidé de mettre en place une nouvelle formation destinée à l'ensemble du personnel sur l'accompagnement de la fin de vie et pour une meilleure prise en charge des personnes endeuillées. Si ces formations semblent absolument indispensables, on peut toutefois se demander si c'est véritablement le rôle de l'établissement de les fournir et si elles ne devraient pas plutôt être dispensées par les écoles de formation que la majorité du personnel de l'établissement a fréquentées.

2.2.3. : Toutes ces réussites ne doivent cependant pas cacher les quelques « échecs de la médiation »

Pour le Professeur STRAUSS, il y a malgré tout quelques échecs et la médiation n'aboutit pas toujours à ce qu'il aurait pu espérer.

Ainsi, il a, à de rares reprises, pu constater que parfois, la médiation pouvait envenimer les conflits et les rancœurs. Il y a parfois un risque à trop éplucher les dossiers et certaines choses peuvent ressortir, alors que les patients ne les avaient pas mentionnées dans leur premier courrier. Ce risque peut survenir lors de l'accompagnement d'un patient ou d'un proche lors de la prise de connaissance de la globalité d'un dossier médical.

De même, malgré l'indépendance dont il a su faire preuve, le médiateur médical est parfois considéré comme une personne partiale par des patients qui acceptent mal son intervention. Cela va (très rarement) jusqu'à l'agression, verbale ou physique, ce qui oblige les médiateurs à être assurés, notamment par l'intermédiaire de leur association. Cela n'est cependant jamais arrivé au CHU de Dijon.

—

III. Malgré tout, l'affirmation des droits des patients a pu engendrer certaines difficultés et des incertitudes subsistent quant à l'avenir de la médiation médicale au CHU de Dijon ...

3.1. Un nouveau contexte qui rend parfois la médiation médicale plus difficile

3.1.1. : Les nouvelles dispositions relatives aux droits des malades posent parfois des problèmes au médiateur médical et compliquent certaines de ses interventions.

- a) Des patients de plus en plus conscients de leurs droits dans un contexte juridique qui leur est largement favorable.

Les patients semblent être de plus en plus exigeants vis-à-vis du service public hospitalier (et des médecins) et très conscients de leurs droits. En effet, un nombre non négligeable de réclamations citent abondamment la loi du 4 mars 2002, la Charte de la personne hospitalisée ou encore des articles du Code de la Santé Publique. C'est en soi une bonne chose mais cela peut parfois les inciter à faire des demandes qu'ils n'auraient jamais pensé à faire. D'ailleurs, certaines associations d'usagers poussent également les patients à déposer une réclamation et jouent parfois un rôle ambigu au sein de la CRUQ.

De même, la jurisprudence récente semble être assez favorable aux patients et certains, sans saisir véritablement la portée des arrêts qu'ils citent, évoquent « une présomption de faute de l'établissement ». Il semble ici que les médias jouent un rôle facilitateur et qu'ils incitent parfois fortement les patients à déposer une réclamation, voire même à aller jusqu'au contentieux. Ils sont notamment souvent informés par Internet, avec tout ce que l'on peut penser de la fiabilité des données que l'on peut y trouver.

Ainsi, les patients évoquent régulièrement le droit à l'information, à l'accès à leur dossier médical, les exigences de lutte contre la douleur ou encore la nécessaire recherche du consentement ou la préservation de la dignité.

Pour le médiateur, il est parfois difficile de montrer que les droits des patients ont bien été respectés, quoique ces derniers en pensent. On peut par exemple citer les difficultés liées au devoir d'information du patient par son médecin.

En effet, le manquement au devoir d'information est très souvent invoqué par les patients. Lorsqu'aucune faute ne peut être démontrée, le patient tente de soutenir que,

correctement informé sur les risques encourus, il aurait émis un consentement ou un refus éclairé sur les examens et/ou traitements qui lui ont été proposés.

La jurisprudence, tant administrative que judiciaire, indique que c'est au médecin d'apporter la preuve qu'il a bien fourni l'information, de façon loyale, claire et appropriée, sur les risques des investigations ou des soins prodigués. En principe, le praticien devrait faire signer de façon systématique un écrit préalable à l'intervention et qui contiendrait une liste exhaustive des risques exceptionnels, graves, fréquents ou des effets secondaires encourus. Même dans l'hypothèse où cela serait fait pour chaque patient, cela pourrait être considéré comme insuffisant car le praticien doit en théorie avoir la preuve que l'information a été assimilée par le patient. Or, plusieurs études ont montré que la très grande majorité des patients n'assimile pas l'information qui leur est donnée (ne la comprend pas ou ne la retient pas). Cela peut permettre de comprendre la permanence d'un grand nombre de reproches adressés à l'administration de l'établissement à ce sujet.

Ainsi, lorsqu'un patient dit qu'il n'a pas été suffisamment informé sur l'intervention qu'il allait subir, il est souvent malaisé pour le médiateur de défendre le praticien et de prouver que l'information avait effectivement été donnée et comprise.

La problématique de la délivrance des informations au patient préalablement à l'intervention est particulièrement vraie en chirurgie. En effet, si un chirurgien voulait évoquer très précisément tous les risques encourus par le patient lors de l'intervention, il serait presque systématiquement obligé d'évoquer la possibilité, si infime soit-elle, d'un décès. Cette information inciterait beaucoup de patients à choisir de ne pas subir l'acte en question alors que la probabilité était infime. Le chirurgien peut être confronté à un dilemme entre d'un côté le risque d'une mise en cause pour non délivrance de toutes les informations nécessaires et de l'autre celui d'une mise en cause pour non assistance à personne en danger.

De même, la pratique généralement répandue chez les chirurgiens aujourd'hui est de faire signer un papier aux patients comme quoi ils ont bien été mis au courant des risques éventuels de l'intervention. Cette pratique est souvent très mal vécue par des patients anxieux qui ont le sentiment que le médecin leur fait « signer [leur] arrêt de mort » en toute impunité.

b) Une revendication de plus en plus fréquente : la volonté d'accéder à son dossier médical

Depuis la loi du 4 mars 2002, les patients peuvent demander à avoir accès à leur dossier médical. Ils peuvent se faire accompagner par un tiers lors de cette consultation. Dans la pratique, au CHU de Dijon, les patients demandent souvent au médiateur médical de jouer ce rôle de tiers. Cette disposition représente une charge de travail très conséquente pour le médiateur (600 demandes en 2003, plus de 800 en 2006) et parfois délicate. Il faut souvent faire preuve de beaucoup de diplomatie et tenter d'expliquer aux patients ce que signifient les différentes annotations comprises dans son dossier.

Le médiateur prône toutefois l'utilité de cet accompagnement et évoque les nombreux risques d'un accès direct au dossier sans une évaluation mesurée des conséquences possibles de tel ou tel diagnostic (suicide, altération majeure de la qualité de vie, renoncement préjudiciable à la lutte contre la maladie, interprétation erronée de certains mots, examens biologiques ou d'imagerie...)

Certaines situations spécifiques posent également problème : il faut expliquer au patient qu'il ne peut pas avoir accès à tout, notamment en psychiatrie (témoignages de proches, notes prises par le médecin pour son seul usage...). De même, le médiateur doit de plus en plus souvent faire face à des demandes de communication de dossiers de patients décédés. Ces demandes peuvent avoir de multiples raisons : les ayants-droits d'un patient veulent parfois juste comprendre le décès dans un contexte de deuil qu'ils ont du mal à faire mais souvent d'autres considérations sont en jeu :

- justifier de l'état de santé antérieur de la personne auprès de compagnies d'assurances
- démontrer l'insanité d'esprit de la personne avant son décès afin de contester la rédaction d'une donation ou d'un testament
- demande de l'assureur cherchant à démontrer l'omission ou la déclaration inexacte d'un risque...

Toutes ces demandes se heurtent à la problématique du secret médical et embarrassent souvent le médiateur médical. Les assureurs vont même parfois jusqu'à dire que le secret médical est une incitation à la fraude, et qu'il sert à couvrir des déclarations mensongères. Si le code de la santé¹³ publique prévoit que « *le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit dans la mesure où elles sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès.* », il ne prévoit rien en ce qui concerne l'accès de l'assureur à ce type d'informations. Plusieurs décisions de la Cour de

¹³ Article L. 1110-4 (alinéa 7) du CSP

Cassation ont tenté de trouver un compromis entre secret médical et intérêts de l'assureur.

En plus de la charge de travail conséquente que cela représente pour le médiateur médical, il est parfois difficile de gérer de telles situations.

3.1.2. : Certains comportements des usagers rendent la médiation plus complexe

a) Les patients, citoyens ordinaires, refusent tout risque.

La société actuelle semble refuser le risque et la veille sanitaire est partout présente. Les nouveaux risques requièrent une attention particulière. Cette logique du risque zéro suscite des craintes chez les professionnels de santé et, à l'inverse, semble inciter les patients à poser une réclamation dès que, selon eux, le principe de précaution n'a pas été respecté. Les réponses apportées à cette problématique au niveau national se sont traduites par une inflation néfaste de normes qui pousse les patients à réagir. Il y a eu ces dernières années une véritable inflation de normes sanitaires, éparpillées dans de nombreux textes.

On pourrait citer les textes relatifs à la recherche médicale, aux infections nosocomiales, aux produits de santé, aux lois dites de bioéthique, aux droits des malades... Tous ces textes créent ainsi une fausse sécurité qui pousse à une judiciarisation croissante des rapports entre patients et médecins. Ce constat appelle la mise en œuvre d'un nouvel outil de coordination et de pacification des relations, un processus humain proche à la fois des droits des patients et de la réalité des pratiques médicales. La médiation médicale devrait, à terme, être capable de jouer pleinement ce rôle mais est pour le moment confrontée à des problèmes auxquels elle n'était pas habituée.

Par ailleurs, les patients ont complètement modifié leurs relations à leur médecin. Ils sont en effet passés d'une relation de confiance quasi absolue il n'y a pas si longtemps à une relation de méfiance et de contestation très facile. Même certains juristes reconnaissent que la loi sur les droits des malades a apporté de nombreuses avancées mais il aurait été intéressant qu'elle s'attache également à préciser leurs devoirs ; ils considèrent qu'il s'agit là d'une occasion manquée.

Comme cela a été rapidement évoqué ci-dessus, la relation malade / médecin a également récemment été totalement modifiée par l'apparition d'Internet, qui rend accessible en permanence une masse d'informations médicales et est même en train d'entrer dans le conseil médical, sans toujours se soucier des règles déontologiques. La

plupart des sites consultés par les patients proposent en effet une large gamme de services :

- des informations sur les dernières innovations médicales
- l'étude personnalisée d'un problème médical
- parfois même la constitution d'un dossier individuel

Ainsi, le médecin, puis le médiateur, ont affaire à des malades surinformés (parfois désinformés) et encore plus exigeants. Ils n'accordent plus au corps médical qu'une confiance conditionnelle continuellement soumise à réévaluation et à remise en cause.

Enfin, les patients suivent les évolutions de la société en ce qu'ils recherchent parfois uniquement à gagner de l'argent ou à ne pas payer quelque chose. La tendance à la judiciarisation des relations sociales en général se retrouve également dans les relations entre un patient et son médecin ou entre un patient et l'établissement qui l'a pris en charge. Ainsi de nombreuses réclamations demandent clairement une indemnisation, ce qui ne peut pas relever du rôle du médiateur médical. Ils sont en cela bien aidés par les associations d'usagers (voire même parfois par des associations de consommateurs !) dans leurs démarches.

Ces revendications sont souvent minimales (attente trop longue pour obtenir des examens, sentiment de ne pas avoir été suffisamment considéré et/ou respecté par l'équipe soignante...) et ne justifient pas un passage devant l'assureur ou la CRCI, ce qui décontenance les patients. D'autres ne demandent pas d'indemnisation mais demandent une autre forme de compensation : ne pas payer certains frais de séjour par exemple (certains courriers de réclamations sont même directement adressés à la trésorerie !!!). Le Directeur général est alors en principe tenu de leur répondre dans la lettre qu'il leur fera qu'une telle dispense de frais n'est pas possible.

Enfin, certaines réclamations des patients sont difficiles à traiter dans la mesure où elles font allusion à des pratiques inhérentes à la spécialité dans laquelle le patient a été pris en charge ou encore à l'activité du CHU. On peut citer plusieurs exemples : de nombreuses lettres de patients vues par le médiateur font allusion à des hospitalisations sous contrainte ou à des mises en chambre d'isolement qui ont mécontenté les patients. Il est parfois délicat de leur répondre que cette situation, qu'ils ont très mal vécue, est « classique » et qu'elle ne relève pas d'une faute de la part de l'établissement.

De même, certaines lettres mettent en cause « l'incompétence » des internes et il faut alors expliquer que cette situation est nécessaire à la formation des médecins qui, une fois parfaitement formés, soigneront des patients à leur tout

b) D'autres spécificités sont propres au domaine de la santé

Un nombre croissant de dossiers adressés au médiateur médical concerne des cas de personnes décédées, pour lesquelles les proches n'arrivent pas à faire le deuil. Souvent, après un décès, les mises en causes de l'établissement sont multiples mais ce qui revient le plus souvent est le non accompagnement du malade et de sa famille vers la mort. C'est pourquoi le professeur STRAUSS souhaiterait que l'on développe davantage les soins palliatifs au CHU de Dijon et que l'on accompagne le personnel qui doit faire face à ces situations au quotidien. Cette préconisation a par ailleurs également été faite par l'un des groupes de travail préparant la visite de certification de l'établissement.

Le CHU de Dijon dispose d'une unité de lits de soins palliatifs, la Mirandière, ancienne structure privée récemment reprise par le CHU. Cette unité est située à Quetigny, à quelques kilomètres de Dijon, et est assez éloignée du complexe CHU. Cela risque de créer une sorte de mouvoir pour le médiateur médical, qui préférerait à cela une réelle unité mobile de soins palliatifs qui pourrait se déplacer aux lits des malades dans les différents services et auprès des soignants. Il existe cependant également quelques lits réservés aux soins palliatifs dans les services de soins mais là encore, cela implique un déplacement du patient dans une autre chambre, avec toute la symbolique que cela peut représenter pour lui et pour ses proches.

Au-delà de la nécessité de renforcer les soins palliatifs, au CHU de Dijon comme dans la plupart des autres établissements, cette recrudescence de demandes et de sollicitations du médiateur médical pour des cas de deuils non faits transforme également son rôle. Il devient parfois presque plus un psychologue qu'un médiateur et écoute des gens qui ont souvent plus besoin de parler et de se confier que de réellement se plaindre de la qualité des soins qui ont été prodigués au sein de l'établissement.

Les deux autres principales thématiques rencontrées dans les courriers des patients concernent la lutte contre la douleur qui, selon eux, n'est pas toujours suffisamment bien appliquée au CHU et les infections nosocomiales.

Dans ces deux cas, là encore, ces demandes sont souvent faites à cause d'une grande médiatisation, parfois mal assimilée, de ces thématiques. Par exemple, dans le cas des infections nosocomiales, les patients les évoquent de façon très courante sans toujours savoir de quoi ils parlent réellement : infection endogène ou exogène, faute de l'établissement ou non... Ils sont cependant poussés à systématiquement porter une réclamation au CHU sans toujours connaître les différents modes d'indemnisation récemment mis en place.

le profil. Mais peu de candidats ont semblé faire l'affaire. De plus, les quelques candidats intéressés et qui auraient pu convenir ont parfois été rebuté par la charge très conséquente de travail, qui, rappelons le, est équivalente à près d'un mi-temps et ce, pour le moment, à titre totalement bénévole.

Dans tous les cas, il semble indispensable de trouver rapidement un successeur au Professeur STRAUSS. Il serait d'accord pour assurer une transition avec la personne qui prendra sa place. Cette transition (quelques demi journées par semaine dans un premier temps, puis de moins en moins), semble véritablement indispensable tant cette mission est spécifique. Elle sera peut être un peu difficile tant la médiation est incarnée par le Mr STRAUSS au CHU depuis toujours.

Il serait bien évidemment préférable que cette succession se fasse sur la base du volontariat (plusieurs candidats potentiels se sont déjà désistés) car si jamais le CHU rencontrait des difficultés pour désigner son médiateur médical, ce dernier serait nommé d'office par l'ARH et sur proposition du Conseil Régional et du Conseil de l'Ordre. Dans tous les cas, le médecin ne doit pas avoir cessé son exercice hospitalier ou ses fonctions de médiateur depuis plus de trois ans lors de sa nomination.

b) Incertitudes quant aux nouvelles fonctions du médiateur et son rôle face, et au sein des différentes commissions récemment mises en place.

Si la CRUQ assure toujours le suivi des plaintes des usagers, l'objectif de cette nouvelle structure est d'améliorer les pratiques au sein de l'hôpital en se basant, notamment, sur ce retour d'informations. La CRUQ est amenée à émettre des avis et des rapports aux instances de l'hôpital, aux organismes de tutelle (conseil régional de santé, directeur de l'ARH, préfet...). Elle est en ce sens appelée à devenir un véritable outil institutionnel et une étape dans le processus d'évaluation permanente de la qualité.

Le médiateur médical est très actif dans ce domaine et a toujours à cœur de proposer de nouvelles actions d'amélioration de la qualité. Ainsi, lors de la dernière CRUQ, il a fait part de son expérience à l'Hôpital cantonal de Genève. En effet, en Suisse, beaucoup de patients se plaignent également des délais d'attente aux urgences. Il a été décidé de faire venir des bénévoles, de tous types d'associations, afin de faire patienter les patients. Cette mesure semble avoir été très efficace et le nombre de plaintes relatives au service des urgences a beaucoup diminué. Il a alors suggéré qu'une telle pratique soit également mise en place, ou tout du moins essayée, au CHU de Dijon. Cette remarque sera retranscrite dans le compte-rendu de séance de la CRUQ et transmise aux instances décisionnelles.

Le rôle du médiateur médical au sein de la CRUQ semble cependant encore quelque peu problématique : le système de Dijon n'est pas exactement conforme aux textes mais cela semble quasiment impossible. D'ailleurs, dans les CHU, aucune CRUQ ne fonctionne exactement comme cela est prévu dans le décret du 2 mars 2005 et la DHOS en est consciente puisqu'elle n'a jamais publié les textes relatifs aux modalités d'application de ce décret (qui sont pourtant attendus par l'ensemble des médiateurs médicaux).

Cette nouvelle commission pose, au-delà des modalités pratiques de mise en œuvre, certaines difficultés de fonctionnement très pratiques et qui peuvent perturber le rôle du médiateur, qui rappelons-le, ne peut plus en être le président.

Tout d'abord, la CRUQ est supposée se réunir quatre fois par an, ce qui pour le moment n'a pas été le cas au CHU de Dijon. Les textes prévoient que « *l'utilisateur peut [y] exprimer ses griefs oralement* ». Dans les faits, ce n'est que très peu le cas au CHU de Dijon : seules deux personnes sont déjà venues s'exprimer devant la CRUQ.

De plus, les textes imposent au médiateur médical des délais qu'il est dans l'impossibilité de tenir : il y a normalement obligation de rencontrer le patient dans les huit jours suivant la réception de sa plainte ou de sa réclamation. Une fois cette rencontre faite, il n'a à nouveau que huit jours pour adresser son rapport au Directeur et aux membres de la commission. Compte tenu de la longue procédure décrite ci-dessus et de toutes les étapes nécessaires préalables à la rencontre du patient (consultation du dossier, rencontre avec les médecins concernés...), il est absolument impossible de tenir les délais.

Au sein de la CRUQ se pose à nouveau le problème du secret médical car en recevant certains patients, certains membres de la CRUQ vont être mis au courant d'informations de caractère médical, et très personnelles, au sujet de certains patients. C'est par exemple le cas du directeur, des représentants des usagers ou encore des représentants des organisations syndicales. Malgré l'absolu du respect du secret médical, on peut cependant remarquer que les patients eux-mêmes n'y prêtent pas toujours un intérêt majeur et dans les courriers qu'ils écrivent au directeur, on peut deviner l'essentiel de leur historique médical, ce qui est parfois déstabilisant.

Par ailleurs, les nouveaux textes prévoient que le rapport du Médiateur soit systématiquement envoyé à tous les membres de la CRUQ ainsi qu'au plaignant, ce qui va considérablement changer les méthodes de travail du médiateur. En effet, auparavant, même si le patient avait la possibilité d'exiger d'avoir le rapport du médiateur, il ne le faisait quasiment jamais, ce qui permettait au Médiateur d'orienter son rapport de telle ou telle façon et de conseiller au directeur sur la réponse à apporter au plaignant.

Enfin, le nombre conséquent de dossiers examinés chaque année par le Médiateur empêche que tous soient également vus par la CRUQ. Ainsi, lors de chacune des réunions de cette nouvelle instance, le Médiateur présente un ou deux cas qu'il trouve significatifs.

De même, le Professeur STRAUSS trouve que médiation et CRCI sont un peu en porte-à-faux. Selon lui, la partie « conciliation » de la CRCI n'a jamais fonctionné normalement et les patients n'y vont que pour obtenir une indemnisation. En effet, en théorie, l'article 1114-4 du CSP stipule que « *la CRCI réunie en formation de conciliation peut être saisie, par toute personne, de contestations relatives au respect des droits des malades et des usagers de systèmes de santé* ». Mais selon le médiateur, cette fonction ne se résume souvent qu'à des tentatives de médiations financières une fois que les dossiers ont été déclarés irrecevables ou rejetés par la Commission dans sa fonction « indemnisation ». Il a d'ailleurs refusé de siéger à la CRCI en tant que médiateur dans sa fonction « conciliation ».

Pour lui, le rôle de médiation ne saurait être confiée à la CRCI mais c'est en revanche à lui d'indiquer aux plaignants qu'ils ont une chance ou non que leur demande aboutisse en CRCI. De même, il a quelques fois été amené à intervenir en CRCI après une expertise lorsqu'il estimait que celle-ci était injuste et desservait le patient.

Toutes ces incertitudes autour de la fonction de médiation et sur les liaisons nécessaires entre le médiateur médical et les nouvelles instances ne font donc que nous pousser à renouveler et à améliorer la fonction de la médiation médicale.

3.2.2. : Quelques perspectives d'amélioration de la médiation médicale au CHU de Dijon

a) Le nouveau référentiel de la Haute Autorité de Santé (HAS)

Le nouveau manuel de certification (V2) à destination des établissements de santé datant du 1^{er} juin 2007 comporte notamment une nouvelle référence 10.a « l'écoute des patients est organisée » qui est appréciée au travers de divers éléments :

- l'organisation de l'écoute du patient (recueil et analyse des besoins et attentes, dispositif d'écoute spécifique, mise en œuvre de la CRU...)
- l'identification des responsables et la définition de leurs missions
- la communication sur le dispositif mis en œuvre à destination des patients et des acteurs de l'établissement : informations sur le livret d'accueil, affichage dans les services...
- les réponses apportées aux attentes des patients

Pour ce faire, la Haute Autorité de Santé (HAS) désigne un certain nombre de documents ressources : les orientations stratégiques ou le projet d'établissement, le programme qualité, les procès-verbaux du CA et de la CME, le bilan des enquêtes et des questionnaires de satisfaction, le registre des réclamations et des plaintes, la revue de direction ou le comité de pilotage, le livret d'accueil ou encore le rapport annuel de la CRUQ. A ces documents sont associés les personnes ressources de l'établissement : le directeur, le responsable qualité, le responsable des relations avec les patients, les médiateurs, les représentants des usagers ou encore les patients eux-mêmes.

Par ailleurs, la nouvelle version du manuel de la HAS comporte également une référence 43.a « *le recueil de la satisfaction, les réclamations et les plaintes des patients et de leur entourage sont suivies d'actions d'amélioration* ». Elle est appréciée au travers de divers éléments :

- les questionnaires de sortie permettent d'identifier la perception des patients qui ont souhaité s'exprimer. Cependant, cette approche ne permet une mesure précise de la satisfaction qu'en cas de taux de retour important ;
- la conduite d'enquêtes sur échantillon représentatif, répétée dans le temps, fournit des indicateurs pouvant être suivis et donc servir d'outils de pilotage. Il s'agit notamment d'enquêtes à distance des épisodes d'hospitalisation ;
- il est important d'évaluer la perception par le patient de la qualité de l'information donnée sur son état de santé ainsi que du respect de ses droits.

Les éléments d'appréciation seront les suivants : recueil de la satisfaction des patients et de leur entourage, recueil des plaintes et des réclamations (réception, centralisation, identification), analyse à périodicité définie des données recueillies, mise en œuvre et suivi des actions d'amélioration, communication des résultats et de l'efficacité des actions aux patients et aux professionnels.

La visite de certification (V2) ayant eu lieu au CHU de Dijon du 17 au 28 septembre, il est difficile de se prononcer sur les conclusions qu'elle émettra dans son rapport. La plupart des points ne devraient pas poser de problèmes et pourraient même être soulignés comme étant des points forts du CHU, comme cela avait été le cas lors de la V1.

b) Quelques pistes d'amélioration d'une fonction qui reste largement plébiscitée au sein de l'établissement

Comme cela a déjà été évoqué, il semble nécessaire de complètement rénover le mode de fonctionnement de la médiation médicale au CHU de Dijon.

Concrètement, certaines mesures pourraient être prises pour améliorer ce fonctionnement au service des patients : on peut notamment ici poser la question de l'informatisation des dossiers ou de la rapidité de traitement des dossiers. En effet, sans aller jusqu'à exiger des délais de huit jours comme c'est le cas dans les textes officiels, une analyse des durées de traitement des affaires au CHU de Dijon laisse paraître que parfois, trop souvent même, le délai de réponse est trop long.

Le tableau ci-dessous montre les délais de la médiation médicale au CHU, entre le jour où la lettre du patient ou d'un proche a été reçue et le jour où le directeur général a envoyé sa lettre de réponse définitive.

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
<30 jours	9	11	15	16	17	19	24	15	19	24	18	19	17
< 45 jours	7	10	15	25	21	30	32	22	31	35	28	27	25
< 60 jours	4	7	8	11	6	16	17	11	15	18	15	15	13
> 60 jours	1	2	5	6	6	14	15	10	15	17	14	15	13
TOTAL	21	30	43	58	50	79	86	58	80	94	75	76	68

L'idéal serait au moins que tous les dossiers soient traités en moins de 60 jours, et en moins de 30 lorsque les faits relatés semblent particulièrement graves, ou lorsqu'il y a eu un décès mal accepté. Cependant, certains délais sont parfois incompressibles (accès au dossier médical, rencontre des différents acteurs concernés...) et il est parfois difficile, même avec la meilleure volonté, de raccourcir les délais de prise en charge d'un dossier, d'autant plus que tout est déjà fait pour réduire ces délais (accord oral et non écrit du patient pour la consultation du dossier médical, régularisation par la suite...)

Plus généralement, d'autres modalités de fonctionnement restent à revoir. Il semble tout d'abord impossible d'exiger que le successeur du Professeur STRAUSS continue d'exercer cette activité bénévolement. Même dans une situation budgétaire tendue, des crédits spécifiques devraient pouvoir être fléchés pour cette activité indispensable au bon fonctionnement de l'institution hospitalière.

Pour éviter un surcoût pour l'établissement, on pourrait par exemple envisager le recours à la piste du consultanat. Un décret du 16 octobre 2003 a en effet introduit cette nouvelle notion dans le Code de la santé publique (article D714-21-1). Désormais, les PUPH qui demandent à bénéficier d'une prolongation d'activité sur leur valence

universitaire (en application de la loi n°86-1304 du 23 décembre 1986) peuvent demander à poursuivre des fonctions hospitalières en qualité de consultants.

Leur mission doit alors s'inscrire dans un projet contractualisé qui doit correspondre à un apport d'expérience et de compétence auprès de l'établissement hospitalier (pas nécessairement dans leur dernière structure de rattachement) ou d'un organisme d'intérêt général, dans des conditions compatibles avec l'accomplissement de leurs fonctions universitaires.

Les candidatures et la nature des missions confiées aux consultants sont examinées par le CA et la CME, après avis du Conseil de l'Unité de Formation et de Recherche (UFR) de la faculté de médecine. Ils sont nommés par le représentant de l'Etat pour une durée de un an, renouvelable deux fois. Des crédits sont alors affectés (enveloppe fermée) à l'établissement pour la prise en charge financière de ces fonctions.

Cette solution présente de nombreux avantages : elle ne peut concerner que des PUPH retraités ou presque, n'entraîne pas de surcoût pour l'établissement et permettrait même d'envisager la possibilité d'un enseignement (probablement optionnel) de la pratique de la médiation médicale en faculté de médecine. Elle présente aussi quelques inconvénients : on peut s'interroger sur la pérennité des crédits affectés pour la rémunération des consultants en général et de toute façon, un consultant ne peut effectuer ses fonctions que pour une durée maximale de trois ans...

Que ce soit sous la forme d'un consultanat, ou de l'affectation de crédits au titre des missions d'intérêt général (MIG), il devrait être possible de pouvoir mettre en œuvre une rémunération pour ce poste, qui occupe à peu près un mi-temps.

Par ailleurs, même si cela n'a jamais été précisément chiffré, il semble évident que les interventions du médiateur médical ont suscité un certain nombre d'économies pour le CHU (procès non intentés, assureur non saisi...). Il semblerait d'ailleurs très intéressant d'essayer de chiffrer cet impact budgétairement mais aussi en rapport avec les relations de l'établissement avec son assureur, la SHAM. Sans aller jusqu'à une véritable renégociation du contrat avec cet assureur sur la base de l'activité du médiateur, il pourrait en être tenu mieux compte lors des différentes négociations des contrats car l'intervention du médiateur a probablement permis un gain de temps, et probablement d'argent, à la SHAM.

Enfin, il semble absolument indispensable de trouver un bureau propre à la médiation médicale. Jusqu'à aujourd'hui, le médiateur n'avait pas de bureau propre mais utilisait une

salle de travail du service de rhumatologie dont il est l'ancien chef de service. Cette situation ne semble pas satisfaisante à plusieurs titres.

- ce n'est tout d'abord pas respecter ni valoriser le travail considérable effectué par le médiateur ;
- par ailleurs, ce choix est très contestable en matière de communication : un bureau situé dans un service médical n'apparaît pas comme un lieu sécurisant et neutre aux yeux du patient (sans même évoquer le cas où la réclamation du patient mettrait en cause le service de rhumatologie) ;
- enfin, cela empêche la mise en place d'une signalétique efficace pour indiquer la présence du médiateur aux patients.

Cela amène à poser la question de la communication autour de ce médiateur médical. Le CHU de Dijon vient d'entrer dans une phase de rénovation totale de sa politique de communication : nomination d'une directrice des affaires générales et de la communication, recrutement d'une chargée de communication, gros travail en cours sur les documents à diffusion interne et externe ou encore sur la signalétique...

On pourrait ainsi envisager une meilleure communication dans les bureaux des entrées, dans les livrets d'accueil des patients ou encore dans les services afin que les patients soient encore mieux avertis de leurs droits et de cette possibilité qui leur est offerte. S'il est vrai que certains patients ont conscience de l'existence d'un médiateur médical au CHU de Dijon, il est encore trop peu saisi directement et peu de patients viennent le voir alors qu'il tient une permanence tous les matins. Le règlement de cette problématique passe cependant par l'attribution d'un bureau propre qui permettrait de mettre en place une signalétique adaptée.

c) Des idées nouvelles pourraient également être tirées d'expériences étrangères

Si toutes les pistes évoquées ci-dessus pourraient permettre une amélioration de la fonction de médiation médicale telle qu'elle est actuellement définie au CHU de Dijon, et plus généralement en France, on pourrait envisager une refonte de la médiation médicale, notamment en empruntant quelques modalités de fonctionnement à certains modèles étrangers, qui semblent avoir apporté une grande satisfaction aux usagers (et même aux médecins).

Ainsi, dans la plupart des pays nordiques (Suède, Finlande, Norvège, Danemark) mais aussi au Canada ou en Suisse, il existe un « ombudsman, » dans chaque hôpital, chargé de régler les situations conflictuelles entre patients et médecins. Cette personne n'est en général pas un médecin mais plutôt un juriste, ce qui établit une confiance directe

chez les usagers. En effet, le fait que le médiateur ne soit pas un médecin enlève tout soupçon d'entraide, de solidarité entre médecins et donc toute partialité possible. Ce système, s'il est intéressant, serait difficilement applicable en France du fait du poids du secret médical et de l'accès direct à de nombreuses données personnelles et médicales qu'a le médiateur. En revanche, les contestations peuvent ensuite monter à un autre niveau : celui de l'ombudsman local (mairie, province ou autre entité selon le pays concerné). Les patients semblent y avoir souvent recours car il n'y a à ce niveau plus de risque de partialité (l'ombudsman de l'hôpital restant un salarié de l'hôpital). Il existe bien en France des médiateurs locaux ou même nationaux mais ils ne sont que très rarement utilisés pour ce genre de problèmes.

En Autriche, il existe également un processus de médiation médicale depuis près de quinze ans. Dans chaque grande ville est nommé un « avocat des patients » chargé de recevoir et de conseiller tous les patients ayant à se plaindre d'une prestation médicale, qu'elle soit libérale ou hospitalière. Cette personne, toujours un médecin, est entourée d'une dizaine de collaborateurs, dont certains juristes. Toutes ces personnes sont des fonctionnaires municipaux, rémunérés par la mairie. D'abord très mal acceptée du corps médical, qui a même un temps menacé de mettre en place un « avocat des médecins » pour contrebalancer son pouvoir, cette pratique est désormais acceptée de tous. Le Professeur Viktor PICKL, avocat des patients de la ville de Vienne depuis 1998, reçoit plus de 7000 appels par an, dont près de 30% débouchent sur une intervention, une médiation ou une indemnisation, même si les affaires les plus graves restent bien sûr toujours du domaine de la justice. Selon lui, la plupart des médecins, y compris les libéraux, ont compris aujourd'hui que son rôle ne consiste pas à sanctionner mais que les dysfonctionnements relevés dans le système de santé autrichien ne peuvent au contraire que servir à améliorer ce dernier.

Aujourd'hui, il y a même des médecins qui font appel à lui, notamment pour régler des conflits avec des patients ou avec l'équivalent des caisses d'assurance maladie. Le Professeur PICKL rappelle qu'il peut, selon ses statuts, être compétent pour tous les problèmes liés à la politique de santé, ce qui lui confère par essence, un rôle assez large. Certains patients font même régulièrement appel à lui pour lui demander de « traduire » dans un langage compréhensible le discours des médecins ou de l'administration hospitalière. Cette pratique est jugée comme très utile par l'ensemble de la population viennoise et a récemment été étendue à d'autres régions.

Dans ces deux exemples, on voit que l'institution d'un médiateur complètement extérieur à l'institution hospitalière a été plébiscitée par les patients. La France n'a pas fait

ce choix, en choisissant d'instituer des médiateurs (médicaux et non médicaux) propres à l'établissement. En ce qui concerne le CHU de Dijon, cette indépendance n'a jamais ou presque été remise en cause mais la piste d'une médiation extérieure à l'hôpital peut rester exploitable.

Conclusion

Le CHU de Dijon peut aujourd'hui être considéré comme un établissement de référence pour le fonctionnement de la médiation médicale : toujours en avance sur les textes sortis au niveau national, il a même organisé plusieurs conférences sur la médiation et est très actif au sein de l'association nationale des médiateurs médicaux.

Après plus de quatorze années de fonctionnement, ses interventions ont presque toujours apporté satisfaction à des patients pourtant parfois très agressifs au départ. L'ensemble de la communauté médicale et de l'équipe de direction ont toujours apprécié son aide non négligeable dans la résolution de conflits parfois bien difficiles à appréhender.

Cependant, il existe aujourd'hui des difficultés et des incertitudes autour de la fonction de médiation : les patients sont de plus en plus exigeants et le contexte juridique et médiatique les incite à continuer dans cette voie. Sur un plan plus local, le médiateur du CHU de Dijon, qui exerce cette fonction de façon bénévole depuis quatorze ans alors qu'il est à la retraite, veut arrêter et essaye de trouver un successeur à l'aide du directeur des droits des patients.

Pour que cette succession se passe bien, plusieurs éléments semblent indispensables : il faut d'abord une indispensable période de transition (le Professeur Strauss accepterait de revenir quelques demi-journées par semaine dans un premier temps), mais aussi des conditions pratiques et concrètes de travail améliorées : local adapté, indiqué et accessible, rémunération... Mais il faut aussi réfléchir à un nouveau contexte qui rendrait son travail plus facile :

- Tout d'abord, une meilleure répartition des rôles avec les représentants des usagers semble nécessaire : pour le moment, ils ne tiennent pas de permanence au CHU mais cette situation devrait être réglée très prochainement (d'ici quelques semaines). Cette permanence, dans un bureau propre à leur activité et bien indiqué, devrait permettre de recevoir des patients et de répondre à des questions précises que les patients ont parfois et qui ne relèvent pas directement du rôle du médiateur médical (délais et coût de l'accès au dossier, etc...). Ils pourraient également orienter les patients vers le médiateur (voire même directement en justice s'ils sentent qu'une intervention « locale » sera insuffisante).

- De plus, et même si cela prendra probablement du temps, une modification des comportements des usagers semble absolument indispensable. Les diverses Chartes et

lois destinées à mettre en avant leurs droits sont bien connues mais ils ne semblent parfois pas bien conscients qu'ils ont également des devoirs. On pourrait par exemple envisager la publication d'une Charte des droits et des devoirs des personnes hospitalisées, qui reprendrait en compte les différents droits déjà souvent énoncés mais aussi certains devoirs (dont certains figurent d'ailleurs déjà dans le règlement intérieur) : obligation de respect vis-à-vis des médecins, des personnels soignants, impossibilité de refuser un praticien pour des raisons religieuses...

Cette Charte pourrait également tenter de rétablir une certaine confiance envers les médecins : obligation de communiquer sur son état de santé, devoir de suivre la prescription, méfiance vis-à-vis d'Internet ... et de rappeler que les patients ont aussi des obligations de citoyens : respecter le règlement intérieur, ne pas abuser des droits proclamés ni de la « gratuité » du système de santé, respect...

Enfin, elle pourrait rappeler les droits des médecins : droit (encadré et défini) de porter atteinte à l'intégrité du corps humain (article 16-3 du Code Civil) ou encore droit de refuser des soins sauf urgence (article 47 du Code de déontologie médicale)...

Dans ce contexte renouvelé, la médiation médicale pourrait alors prendre tout son sens.

Bibliographie

1. Ouvrages

- GUILLAUME HOFNUNG Michèle, La médiation, PUF, 2007, 4^{ème} édition.
- GUILLAUME HOFNUNG Michèle, Hôpital et médiation, L'Harmattan, 2001.
- PONCHON Jean-François, Les droits du patient à l'hôpital, PUF, 2002.

2. Articles de périodiques

- BASTE JC. et TESNIERE C., « Commission de conciliation : analyse, mise en œuvre et perspectives », in *Questions hospitalières*, décembre 2000.
- BROCLAIN D., « Consentement aux soins et décision partagée », in *Revue Prescrire*, décembre 2001.
- CHABRUN-ROBERT C., « Les conciliateurs à l'AP-HP », in *Le Concours médical*, novembre 1994.
- CLEMENT JM., « Les droits du malade et la loi du 4 mars 2002 », in *Regards sur l'actualité*, novembre 2002.
- CLEMENT JM., « La crise hospitalière et le besoin de médiation », in *Médiations et sociétés*, n°11 et 12 mars 2006.
- CORMIER M., « Les droits des malades dans la loi du 4 mars 2002 », in *Actualités et dossiers en santé publique*, septembre 2002.
- DAUBOS JM., « La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge », in *Les cahiers hospitaliers*, juillet-août 2005.
- DAURIAC E., « Le droit des usagers des services de santé », in *Revue du cadre soignant*, n°18, mai-juin 2005.
- DELMOTTE H., « Dix questions sur les médiateurs hospitaliers », in *La Gazette sociale*, n°16, février 2006.
- DESCHAMPS C., « La présence d'un tiers à l'hôpital », in *Médiations et sociétés*, n°11 et 12, mars 2006.
- GALY M., « La médiation à l'hôpital ou les enjeux d'une écoute institutionnelle », in *Entreprise Santé*, février 2001.
- GUILLAUME-HOFNUNG M., « Médiation, éthique et démocratie », in *Médiations et sociétés*, n°11 et 12, mars 2006.
- HOERNI B. et BENEZECH M., « Les devoirs des patients », in *La Presse Médicale*, n° 22, janvier 2004.

- JACQUERYE Agnès, « La fonction de médiation, une fonction d'expert ? », in *Soins Cadres*, n°31, août 2004.
- LAURIER D., « Les différentes preuves possibles de la délivrance de l'information au patient », in *Le Concours médical*, juin 2005.
- MOLENAT X., « Médecin – patient, je t'aime moi non plus », in *Sciences Humaines*, mai 2005.
- MOQUET-ANGER ML., « Le malade à l'hôpital public : client, usager et/ou citoyen ? », in *Revue générale de droit médical*, mars 2004.
- PONCHON F., « Droits des patients et responsabilités des acteurs », in *Gestions hospitalières*, janvier 2005.
- PRUDHON P., « La médiation en soins palliatifs », in *Médiations et sociétés*, n°11 et 12, mars 2006.
- SARGOS P. et GEORGES D., « Du devoir de conscience au risque de la défiance », in *La presse médicale*, n°22, juin 2002.
- SCHUTYSER K., « Les droits des patients en Europe : tableaux comparatifs », in *Revue générale de droit médical*, N°12, mars 2004.
- VILLENEUVE P., « La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge », in *Revue de l'infirmière*, n°107, janvier 2005.
- VILLENEUVE P., « Les associations de malades et d'usagers du système de santé », in *Revue de l'infirmière*, n°109, mars 2005.
- VILLENEUVE P., « L'indemnisation des accidents médicaux et des infections nosocomiales auprès des CRCI : esquisse d'un bilan d'étape », in *Revue de l'infirmière*, n°112, juin 2005.
- WILS J., « La médiation médicale et non médicale », in *Mises au point en Anesthésie-Réanimation*, juin 2004.

3. Documents internes CHU de Dijon

- Rapports du médiateur au directeur général : examen de l'ensemble des rapports de 1994 à 2006.
- Notes personnelles du Professeur Strauss.
- Rapports d'activité annuels de 1994 à 2006.
- Bilans de la médiation au CHU présentés lors de colloques, de conférences, de réunions des médiateurs médicaux.
- Synthèse et documents de la journée du 17 octobre 1997.
- La médiation au CHU de Dijon (1997).
- Médiation médicale au CHU de Dijon et commission de conciliation : note envoyée à la Ministre de la santé, 1997.

- Analyse juridique relative à la commission de conciliation, janvier 1999.
- La conciliation médicale dans les établissements de santé et les hôpitaux, présentation du Professeur Strauss lors de la 45^{ème} semaine de rhumatologie (avril 2000).
- Les dyscommunications soignants/soignés, note interne 2001.
- La médiation au CHU de Dijon : bilan et perspectives (mémoire ENSP, 2000).

4. Textes officiels

- Rapport Mac Aleese sur le traitement des conflits individuels entre médecins et patients, publié en juillet 1980.
- Décret n°81-852 du 15 mai 1981 relatif aux conciliateurs médicaux.
- Jurisprudence « Roujansky » du Conseil d'Etat, mai 1989.
- Rapport des élèves de l'ENA « La place de l'utilisateur à l'hôpital », publié dans Revue française du droit administratif en juin 1999.
 - Charte du Patient hospitalisé, annexée à la circulaire DGS/DH n°95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés.
- Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.
- Décret n°98-1001 du 2 novembre 1998 relatif à la commission de conciliation
- Circulaire DH/AF 1/99 n°317 du 1^{er} juin 1999 relative à la commission de conciliation
- Rapport Caniard sur la place des usagers dans le système de santé, publié en avril 2000.
- Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- Décret n°2005-213 du 2 mars 2005 relatif à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
- Charte de la personne hospitalisée, annexée à la circulaire du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées.
- Manuel de la Haute Autorité de Santé : manuel de certification des établissements de santé et guide de notation (2^{ème} version, édition 2007).

5. Autres documents

- CHICHE P., « Les droits des patients », Module Droit hospitalier et contentieux, juillet 2006.

Liste des annexes

Annexe 1 : Jurisprudence « Roujansky » du Conseil d'Etat

Annexe 2 : Charte de la personne hospitalisée

Annexe 3 : Charte du médiateur médical

Annexe 4 : Statut de l'association des médiateurs médicaux

Annexe 5 : Décret du 2 mars 2005 relatif à la CRUQ

Annexe 1 : Jurisprudence « Roujansky » du Conseil d'Etat

Conseil d'Etat statuant au contentieux
N° 35296 (Publié au Recueil Lebon)

M. Scanvic, Rapporteur
Mme Leroy, Commissaire du gouvernement
M. Rougevin-Baville, Président

Lecture du 31 mai 1989

REPUBLIQUE FRANCAISE

AU NOM DU PEUPLE FRANCAIS

Vu la requête, enregistrée le 30 juin 1981 au secrétariat du Contentieux du Conseil d'Etat et les observations complémentaires enregistrées le 9 juillet 1981, présentées par le docteur Marie-Louise ROUJANSKY, demeurant 39 rue de Colmar à Schiltigheim (Haut-Rhin), et tendant à ce que le Conseil d'Etat annule le décret n° 81-502 du 15 mai 1981 et publié au Journal Officiel du 19 mai 1981 instituant des conciliateurs médicaux ;

Vu les autres pièces du dossier ;

Vu la Constitution ;

Vu la loi du 4 mai 1974 ;

Vu la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 ;

Vu la loi n° 79-587 du 11 juillet 1979 ;

Vu l'ordonnance n° 45-1708 du 31 juillet 1945, le décret n° 53-934 du 30 septembre 1953 et la loi n° 87-1127 du 31 décembre 1987 ;

Après avoir entendu :

- le rapport de M. Scanvic, Auditeur,

- les conclusions de Mme Leroy, Commissaire du gouvernement ;

Sans qu'il soit besoin d'examiner les autres moyens de la requête :

Considérant que le décret du 15 mai 1981 attaqué institue "des conciliateurs médicaux qui ont pour mission, en dehors de toute instance juridictionnelle, de favoriser l'information des patients ou, le cas échéant, de leurs ayants-droit et de faciliter le règlement amiable des différends relatifs à la responsabilité résultant de l'activité professionnelle d'un médecin à l'occasion ou à la suite de prestation de soins" et dispose que "les fonctions de conciliateur médical sont exercées à titre bénévole par des magistrats honoraires désignés par arrêté pour une période d'un an renouvelable et figurant sur une liste établie par le Garde des sceaux, ministre de la justice" ;

Considérant qu'aux termes de l'article 3 du décret du 15 mai 1981 : "Le conciliateur médical est saisi sans forme. Il peut l'être par toute personne physique ou morale" et qu'aux termes de l'article 4 du même décret : "Le conciliateur médical peut ... demander la production de tous documents sous réserve de l'assentiment de leur propriétaire ou de leur légitime détenteur" ; que ces dispositions, qui ne sont assorties d'aucune garantie particulière et qui permettent aux conciliateurs médicaux, saisis par une personne autre que le malade ou ses ayants-droit, de se faire communiquer un dossier médical sans l'accord de ces derniers, sont contraires aux principes qui régissent le secret médical et le respect de la vie privée ; qu'elles n'auraient pu, de ce fait, être édictées que par la loi ; qu'eu égard à l'indivisibilité existant entre les dispositions des articles 3 et 4 du décret et les autres dispositions du même texte, les requérants sont fondés à soutenir que le décret du 15 mai 1981 attaqué est entaché d'excès de pouvoir ;

DECIDE :

Article 1er : Le décret susvisé en date du 15 mai 1981 est annulé.

Article 2 : La présente décision sera notifiée à Mme ROUJANSKY, au Garde des sceaux, ministre de la justice, au ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale et au Premier ministre.

Annexe 2 : Charte de la personne hospitalisée



-  **1** Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est **accessible à tous**, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.
-  **2** Les établissements de santé garantissent **la qualité de l'accueil, des traitements et des soins**. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.
-  **3** L'**information** donnée au patient doit être **accessible et loyale**. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.
-  **4** Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec **le consentement libre et éclairé du patient**. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.
-  **5** Un **consentement spécifique** est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.
-  **6** Une personne à qui il est proposé de participer à **une recherche biomédicale** est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. **Son accord est donné par écrit**. Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.
-  **7** La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, **quitter à tout moment l'établissement** après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.
-  **8** La **personne hospitalisée est traitée avec égards**. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.
-  **9** Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que **la confidentialité des informations** personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.
-  **10** La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'**un accès direct aux informations de santé la concernant**. Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.
-  **11** La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du **droit d'être entendue** par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.

* Le document intégral de la charte de la personne hospitalisée est accessible sur le site Internet :

www.sante.gouv.fr

Il peut être également obtenu gratuitement, sans délai, sur simple demande, auprès du service chargé de l'accueil de l'établissement.

Annexe 3 : Charte du Médiateur Médical

Cette présente Charte a été présentée et adoptée lors du colloque du 17 octobre 1997 organisé au CHU de Dijon.

Article 1 : Le Médiateur médical est désigné par la CME et le Conseil d'Administration de l'établissement parmi les médecins volontaires à cette fonction ayant des conditions d'indépendance et d'expérience reconnues.

Il peut être un ancien praticien ou un consultant du CHU, un médecin extérieur ou encore un praticien encore en fonction.

Le Conseil d'Administration, sur proposition de la CME, choisit le candidat qui lui paraît le plus apte à remplir efficacement cette activité.

Il doit être reconnu par ses collègues et avoir une certaine autorité.

Il est nommé pour trois ans renouvelables.

Article 2 : Les qualités requises comportent :

- indépendance et disponibilité
- compétence dans les problèmes médicaux concernés et expérience
- liberté psychologique et statutaire
- prudence et diplomatie
- imagination et fermeté
- sens de la communication et humanisme
- il n'est ni juge ni arbitre
- il n'a pas de pouvoir disciplinaire

Article 3 : Il doit rechercher le colloque singulier avec le plaignant dans le respect strict du secret médical.

Il doit collaborer étroitement avec un directeur de l'établissement habilité à traiter les litiges rapidement (quinze jours après une plainte serait l'idéal).

Article 4 : Son rôle consiste à étudier l'objet de la plainte avec le directeur.

Il prend ensuite contact avec le plaignant pour un entretien et lui demande l'autorisation de consulter le dossier avec le chef de service ou le médecin concerné.

Après une conversation (parfois prolongée), il rédige un rapport adressé à la direction et à tous les intervenants, dans le respect du secret médical.

Ce rapport reste en principe interne mais pourrait être transmis à l'intéressé s'il le demande, à l'assureur ou à la justice si le dossier devient contentieux.

En cas de règlement à l'amiable (cas qui doit rester le plus fréquent), le Directeur général répond au plaignant en fonction du rapport du médiateur

Un compte rendu d'activité est présenté à la CME et/ou au Conseil d'Administration une fois par an.

Article 5 : Les missions du Médiateur

- Informer les malades et leur famille dans le respect du secret médical
- Recueillir toutes les informations pour un règlement amiable des litiges
- Etre un lien entre l'équipe hospitalière, le patient et son entourage
- Etre un intermédiaire entre le chef de service, le plaignant et l'administration hospitalière
- Donner éventuellement un avis sur les insuffisances et les distorsions observées
- Intervenir dans la qualité de l'accueil et des soins et avoir un rôle de prévention par une meilleure évaluation des plaintes
- Apporter une dimension humaine et une expérience médicale

Article 6 : La médiation ne doit pas devenir une profession autonome.

La place du médiateur devra être mieux définie dans les textes régissant la vie de l'établissement (règlement intérieur ...)

Sa présence dans l'établissement hospitalier doit être largement diffusée pour être efficace.

Annexe 4: Statuts de l'association des médecins conciliateurs hospitaliers

Article 1 : Il est fondé entre les adhérents aux présents statuts une association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 et le décret du 16 août 1901 ayant pour titre : « Association Française des médecins conciliateurs et médiateurs hospitaliers ».

Article 2 : Cette Association a pour but de mettre en commun leur expérience, d'assurer une représentation vis-à-vis des institutions, de promouvoir leur formation et de permettre une diffusion d'informations.

Article 3 : Le siège social est fixé au Centre Hospitalier Régional et Universitaire Charles Nicolle à Rouen. Il pourra être transféré par simple décision du Conseil d'Administration, la ratification par l'Assemblée générale sera nécessaire. La durée de l'association est indéterminée à compter de sa parution au Journal Officiel.

Article 4 : L'association se compose de :

- membres d'honneur
- membres bienfaiteurs
- membres actifs ou adhérents

Article 5 : Pour faire partie de l'Association, il faut être agréé par le bureau qui statue lors de chacune de ses réunions sur les demandes d'adhésion présentées.

Article 6 : Les membres

- Sont membres d'honneur ceux qui ont rendu des services signalés à l'association : ils sont dispensés de cotisation
- Sont membres bienfaiteurs les personnes qui versent un droit d'entrée et/ou une cotisation annuelle fixée chaque année par l'assemblée générale.
- Sont membres actifs ceux qui ont pris l'engagement de verser annuellement une cotisation à l'association.

Article 7 : Radiations

La qualité de membre se perd par :

- la démission notifiée par lettre simple au Président de l'association
- le décès
- la radiation prononcée par le Conseil d'Administration pour non paiement de la cotisation ou pour motif grave, l'intéressé ayant été invité par lettre recommandée à se présenter devant le bureau pour fournir des explications.

Article 8 : Ressources

Les ressources de l'association comprennent :

- le montant des cotisations et des droits d'entrée
- les subventions
- les sommes perçues en contrepartie des prestations fournies par l'association ou par ses membres

Article 9 : Conseil d'Administration

L'association est gérée par un conseil de quinze membres élus pour trois ans par l'assemblée générale. Les membres sont rééligibles.

Il comporte parmi ses membres un bureau composé de :

- un président
- un vice-président
- un secrétaire et un secrétaire adjoint
- un trésorier et un trésorier adjoint

Le bureau assure le bon fonctionnement de l'association et veille à la mise en œuvre des décisions du Conseil d'administration et de l'Assemblée générale.

Le président représente l'association dans les actes de la vie civile et il conclut tous accords sous réserve des autorisations qu'il doit obtenir du Conseil.

Le Conseil est renouvelable tous les trois ans. En cas de vacances, le Conseil pourvoit provisoirement au remplacement de ses membres et il est remplacé à leur remplacement définitif

par la plus proche Assemblée générale. Les pouvoirs des membres ainsi élus prennent fin à l'époque ou devront normalement expirer le mandat des membres remplacés.

Article 10 : Réunion du Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration se réunit au moins une fois par an sur convocation du président ou à la demande du quart de ses membres.

Les décisions sont prises à la majorité des voix des membres présents ou représentés. En cas de partage, la voix du président est prépondérante.

Tout membre du Conseil qui, sans excuse, n'aura pas assisté à trois réunions consécutives pourra être considéré comme démissionnaire.

Article 11 : Assemblée générale ordinaire

L'Assemblée générale ordinaire rassemble tous les membres de l'association et se réunit chaque année.

Quinze jours avant la date fixée, les membres de l'association sont convoqués par les soins du secrétaire.

L'ordre du jour est indiqué sur les convocations.

Le trésorier rend compte de sa gestion et soumet le bilan à l'approbation de l'assemblée. Il est procédé, après épuisement de l'ordre du jour, au remplacement des membres du conseil sortant.

Ne devront être traitées lors de l'Assemblée générale que les questions soumises à l'ordre du jour.

L'Assemblée générale peut également être convoquée si besoin est ou sur la demande de la moitié de ses membres.

Article 12 : Assemblée générale extraordinaire

Si besoin est ou si la moitié plus un de ses membres inscrits, le président peut convoquer une Assemblée générale extraordinaire

Article 13 : Règlement intérieur

Un règlement intérieur peut être établi par le Conseil d'Administration qui le fait approuver par l'Assemblée générale. Ce règlement est destiné à fixer les divers points non prévus par les statuts, notamment ceux qui ont trait à l'administration interne de l'association.

Article 14 : Dissolution

En cas de dissolution prononcée par les deux tiers au moins des membres présents ou représentés à l'Assemblée générale, un ou plusieurs liquidateurs sont nommés et l'actif, s'il y a lieu, est dévolu conformément à l'article 9 de la loi du 1^{er} juillet 1901 et au décret du 16 août 1901.

Annexe 5 : Décret de mise en œuvre des CRUQ

Décret n° 2005-213 du 2 mars 2005 relatif à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge et modifiant le code de la santé publique (partie Réglementaire)

Article 1 : Au chapitre II du titre Ier du livre Ier de la première partie du code de la santé publique (partie Réglementaire), il est créé une section III intitulée : « Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge » comprenant les articles R. 1112-79 à R. 1112-94 ainsi rédigés :

Sous-section 1 : Champ d'application et missions

Art. R. 1112-79. - La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 1112-3 est instituée dans chaque établissement de santé public ou privé ainsi que dans les syndicats interhospitaliers et les groupements de coopération sanitaire autorisés à assurer les missions d'un établissement de santé.

Art. R. 1112-80.

I. - La commission veille au respect des droits des usagers et facilite leurs démarches.

A cet effet, l'ensemble des plaintes et réclamations adressées à l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches ainsi que les réponses qui y sont apportées par les responsables de l'établissement sont tenues à la disposition des membres de la commission, selon des modalités définies par le règlement intérieur de l'établissement. Dans les conditions prévues aux articles R. 1112-93 et R. 1112-94, la commission examine celles de ces plaintes et réclamations qui ne présentent pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel et veille à ce que toute personne soit informée sur les voies de recours et de conciliation dont elle dispose.

II. - La commission contribue par ses avis et propositions à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leurs proches. A cet effet :

1° Elle reçoit toutes les informations nécessaires à l'exercice de ses missions, notamment :

a) Les mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité préparées par la commission médicale d'établissement conformément au 3° de l'article L. 6144-1 ainsi que les avis, vœux ou recommandations formulés dans ce domaine par les diverses instances consultatives de l'établissement

b) Une synthèse des réclamations et plaintes adressées à l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches au cours des douze mois précédents

c) Le nombre de demandes de communication d'informations médicales formulées en vertu de l'article L. 1112-1 ainsi que les délais dans lesquels l'établissement satisfait à ces demandes

d) Le résultat des enquêtes concernant l'évaluation de la satisfaction des usagers prévue à l'article L. 1112-2, en particulier les appréciations formulées par les patients dans les questionnaires de sortie

e) Le nombre, la nature et l'issue des recours gracieux ou juridictionnels formés contre l'établissement par les usagers

2° A partir notamment de ces informations, la commission :

a) Procède à une appréciation des pratiques de l'établissement concernant les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge, fondée sur une analyse de l'origine et des motifs des plaintes, des réclamations et des témoignages de satisfaction reçus dans les différents services ainsi que des suites qui leur ont été apportées

b) Recense les mesures adoptées au cours de l'année écoulée par le conseil d'administration ou l'organe collégial qui en tient lieu en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge et évalue l'impact de leur mise en œuvre

c) Formule des recommandations, notamment en matière de formation des personnels, destinées à améliorer l'accueil et la qualité de la prise en charge des personnes malades et de leurs proches et à assurer le respect des droits des usagers

3° La commission rend compte de ses analyses et propositions

Ce rapport ne comporte que des données anonymes. Après avis des autres instances consultatives concernées, il est transmis au conseil d'administration ou à l'organe collégial qui en tient lieu, quinze jours au moins avant la séance au cours de laquelle ce dernier délibère sur la politique de l'établissement en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge. Il est également transmis, avec les éléments d'information énumérés au 1°, à l'agence régionale de l'hospitalisation et au conseil régional de santé.

Sous-section 2 : Composition

Art. R. 1112-81.

I. - La commission est composée comme suit :

- 1° Le représentant légal de l'établissement ou la personne qu'il désigne à cet effet, président.
- 2° Deux médiateurs et leurs suppléants, désignés par le représentant légal de l'établissement dans les conditions prévues à l'article R. 1112-82.
- 3° Deux représentants des usagers et leurs suppléants, désignés par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation dans les conditions prévues à l'article R. 1112-83.

Le règlement intérieur de l'établissement peut compléter la composition de la commission dans les conditions prévues aux II à VI ci-dessous.

II. - Dans les établissements publics de santé, autres que AP-HP, la commission peut en outre comporter un ou plusieurs des membres suivants :

- 1° Le président de la commission médicale d'établissement ou le représentant qu'il désigne parmi les médecins membres de cette commission ;
- 2° Un représentant de la commission du service de soins infirmiers et son suppléant, désignés par le directeur du service de soins infirmiers
- 3° Un représentant du personnel et son suppléant, choisis par les membres du comité technique d'établissement en son sein ;
- 4° Un représentant du conseil d'administration et son suppléant, choisis par et parmi les représentants des collectivités locales et les personnalités qualifiées.

III. - Dans chaque hôpital ou groupe hospitalier de l'AP-HP, la commission peut en outre comporter un ou plusieurs des membres suivants :

- 1° Le président du comité consultatif médical ou le représentant qu'il désigne parmi les médecins membres de ce comité
- 2° Un représentant de la commission locale du service de soins infirmiers et son suppléant, désignés par le directeur du service de soins infirmiers
- 3° Un représentant du personnel et son suppléant, choisis par les membres du comité technique local d'établissement en son sein ;
- 4° Un représentant de la commission de surveillance et son suppléant, choisis par et parmi les représentants des collectivités locales et les personnalités qualifiées.

IV. - Dans les établissements de santé privés, la commission peut en outre comporter un ou plusieurs des membres suivants :

- 1° Le président de la commission médicale ou de la conférence médicale ou le représentant qu'il désigne parmi les médecins membres de cette commission ou de cette conférence ;
- 2° Un représentant du personnel infirmier ou aide-soignant et son suppléant, désignés par le représentant légal de l'établissement ;
- 3° Un représentant du conseil d'administration ou de l'organe collégial qui en tient lieu et son suppléant, choisis par et parmi les membres qui n'y représentent pas les professionnels ou les usagers.

V. - Dans les syndicats interhospitaliers autorisés à assurer les missions d'un établissement de santé, la commission peut en outre comporter un ou plusieurs des membres suivants :

1° Le président de la commission médicale d'établissement ou le représentant qu'il désigne parmi les médecins membres de cette commission ;

2° Un représentant du personnel infirmier ou aide-soignant et son suppléant, désignés par le représentant légal de l'établissement ;

3° Un représentant du personnel et son suppléant, choisis par les membres du comité technique d'établissement en son sein ;

4° Un représentant du conseil d'administration et son suppléant, choisis par et parmi les représentants des établissements membres.

VI. - Dans les groupements de coopération sanitaire autorisés à assurer les missions d'un établissement de santé, la commission peut en outre comporter un ou plusieurs des membres suivants :

1° Un médecin et son suppléant, choisis par et parmi les médecins membres des commissions médicales d'établissement, commissions médicales et conférences médicales des établissements de santé membres du groupement ;

2° Un représentant du personnel infirmier ou aide-soignant et son suppléant, désignés par le représentant légal de l'établissement ;

3° Un représentant de l'assemblée générale du groupement et son suppléant, choisis en son sein par les membres de l'assemblée.

Art. R. 1112-82. - Les médiateurs mentionnés au 2° du I de l'article R. 1112-81 sont un médiateur médecin et un médiateur non médecin.

Le médiateur non médecin et son suppléant sont désignés par le représentant légal de l'établissement parmi le personnel non médecin exerçant dans l'établissement.

Le médiateur médecin et son suppléant sont désignés par le représentant légal de l'établissement parmi les médecins exerçant dans l'un des établissements mentionnés aux II à VI de l'article R. 1112-81 ou ayant cessé d'y exercer la médecine ou des fonctions de médiateur depuis moins de cinq ans. Dans les établissements mentionnés aux II à V de l'article R. 1112-81, ces nominations interviennent après avis de la commission médicale d'établissement, du comité consultatif médical, de la commission médicale ou de la conférence médicale. Le médiateur médecin et son suppléant ne doivent pas exercer dans le même service.

En cas de vacance du siège de médiateur médecin pendant une période supérieure à six mois, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation en désigne un sur proposition du conseil départemental de l'ordre des médecins, parmi des praticiens remplissant les conditions d'exercice définies à l'alinéa précédent.

Une même personne ne peut assurer les missions de médiateur médecin titulaire ou suppléant auprès de plus de trois établissements simultanément. Si le médiateur médecin ou son suppléant ne sont pas salariés de l'établissement, ce dernier les assure pour les risques courus au titre de leurs missions.

Art. R. 1112-83. - Les représentants des usagers et leurs suppléants sont désignés par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation parmi les personnes proposées par les associations agréées en application de l'article L. 1114-1.

Toutefois, lorsque les personnes siégeant en qualité de représentants des usagers au sein du conseil d'administration ou de l'organe collégial qui en tient lieu dans l'établissement considéré demandent à siéger à ce titre au sein de la commission, le directeur de l'agence est dispensé de solliciter de telles propositions.

Art. R. 1112-84. - Le représentant légal de l'établissement arrête la liste nominative des membres de la commission. Cette liste actualisée est affichée dans l'établissement et transmise au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. Elle est remise à chaque patient avec le livret d'accueil, dans un document qui reproduit les dispositions des articles R. 1112-91 à R. 1112-94 et précise leurs modalités d'application au sein de l'établissement.

Sous-section 3 : Fonctionnement

Art. R. 1112-85. - La durée du mandat des médiateurs, des représentants des usagers et des représentants du personnel mentionnés aux 2° des IV, V et VI de l'article R. 1112-81 est fixée à trois ans renouvelable. Le mandat des autres membres de la commission prend fin en même temps que le mandat ou les fonctions au titre desquels les intéressés ont été désignés.

Art. R. 1112-86. - Le président ne prend pas part aux votes. Il peut se faire accompagner des collaborateurs de son choix. En cas de partage égal des voix, l'avis est réputé avoir été donné ou la recommandation formulée.

Le responsable de la politique de la qualité assiste aux séances de la commission avec voix consultative.

La commission peut entendre toute personne compétente sur les questions à l'ordre du jour.

Art. R. 1112-87. - Les membres de la commission, autres que le président, qui sont concernés par une plainte ou une réclamation ne peuvent siéger lorsque la commission délibère sur le dossier en cause. Un membre titulaire empêché ou concerné par une plainte ou une réclamation est remplacé par son suppléant.

Si le médiateur et son suppléant sont simultanément concernés par une plainte ou une réclamation, leur mission est assurée par un agent désigné par le représentant légal, lorsqu'il s'agit du médiateur non médecin, et par un praticien désigné par le président de la commission médicale d'établissement, du comité consultatif médical, de la commission médicale ou de la conférence médicale, lorsqu'il s'agit du médiateur médecin. Dans les établissements mentionnés au VI de l'article R. 1112-81, le praticien est désigné par le représentant légal de l'établissement.

Art. R. 1112-88. - La commission se réunit sur convocation de son président au moins une fois par trimestre et aussi souvent que nécessaire pour procéder à l'examen des plaintes et réclamations qui lui sont transmises dans les conditions prévues à l'article R. 1112-94. La réunion est de droit à la demande de la moitié au moins des membres ayant voix délibérative.

L'ordre du jour, qui comporte notamment les questions dont l'inscription a été demandée par la moitié au moins des membres ayant voix délibérative, est arrêté par le président et communiqué aux membres de la commission au moins huit jours avant la réunion. En cas d'urgence, le délai peut être réduit sans pouvoir être inférieur à un jour franc.

Art. R. 1112-89. - La commission établit son règlement intérieur. Le secrétariat est assuré à la diligence du représentant légal de l'établissement. Chaque établissement met à la disposition de la commission ainsi que des médiateurs les moyens matériels nécessaires à l'exercice de leurs missions.

Art. R. 1112-90. - Les membres de la commission sont indemnisés au titre des frais de déplacement engagés dans le cadre de leur mission.

Sous-section 4 : Examen des plaintes et réclamations

Art. R. 1112-91. - Tout usager d'un établissement de santé doit être mis à même d'exprimer oralement ses griefs auprès des responsables des services de l'établissement. En cas d'impossibilité ou si les explications reçues ne le satisfont pas, il est informé de la faculté qu'il a soit d'adresser lui-même une plainte ou réclamation écrite au représentant légal de l'établissement, soit de voir sa plainte ou réclamation consignée par écrit, aux mêmes fins. Dans la seconde hypothèse, une copie du document lui est délivrée sans délai.

Art. R. 1112-92. - L'ensemble des plaintes et réclamations écrites adressées à l'établissement sont transmises à son représentant légal. Soit ce dernier y répond dans les meilleurs délais, en avisant le plaignant de la possibilité qui lui est offerte de saisir un médiateur, soit il informe l'intéressé qu'il procède à cette saisine.

Le médiateur médecin est compétent pour connaître des plaintes ou réclamations qui mettent exclusivement en cause l'organisation des soins et le fonctionnement médical du service tandis que le médiateur non médecin est compétent pour connaître des plaintes ou réclamations étrangères à ces questions. Si une plainte ou réclamation intéresse les deux médiateurs, ils sont simultanément saisis.

Art. R. 1112-93. - Le médiateur, saisi par le représentant légal de l'établissement ou par l'auteur de la plainte ou de la réclamation, rencontre ce dernier. Sauf refus ou impossibilité de la part du plaignant, le rencontre a lieu dans les huit jours suivant la saisine. Si la plainte ou la réclamation est formulée par un patient hospitalisé, la rencontre doit intervenir dans toute la mesure du possible avant sa sortie de l'établissement. Le médiateur peut rencontrer les proches du patient s'il l'estime utile ou à la demande de ces derniers.

Art. R. 1112-94. - Dans les huit jours suivant la rencontre avec l'auteur de la plainte ou de la réclamation, le médiateur en adresse le compte rendu au président de la commission qui le transmet sans délai, accompagné de la plainte ou de la réclamation, aux membres de la commission ainsi qu'au plaignant.

Au vu de ce compte rendu et après avoir, si elle le juge utile, rencontré l'auteur de la plainte ou de la réclamation, la commission formule des recommandations en vue d'apporter une solution au litige ou tendant

à ce que l'intéressé soit informé des voies de conciliation ou de recours dont il dispose. Elle peut également émettre un avis motivé en faveur du classement du dossier.

Dans le délai de huit jours suivant la séance, le représentant légal de l'établissement répond à l'auteur de la plainte ou de la réclamation et joint à son courrier l'avis de la commission. Il transmet ce courrier aux membres de la commission.

Article 2 : Le rapport de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge est transmis au conseil d'administration accompagné des propositions et avis de la commission de surveillance.

Article 3 : Les établissements de santé disposent d'un délai de six mois à compter de la publication du présent décret pour mettre en place la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge. Jusqu'à la mise en place de cette commission, la commission de conciliation continue à assurer ses missions.

Jusqu'à l'expiration d'un délai de six mois à compter de la publication de la première décision prononçant les agréments prévus à l'article L. 1114-1 du code de la santé publique, les représentants des usagers dans les commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge sont désignés pour un an par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation parmi les membres des associations régulièrement déclarées ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des malades.