



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**Directeur d'hôpital**

Date du Jury : **07/12/2000**

---

**LA MEDIATION AU CHU DE DIJON :  
BILAN ET PERSPECTIVES**

---

**Odile PETITJEANS**

# Sommaire

<b>Remerciements</b>	<b>3</b>
<b>Introduction</b>	<b>4</b>
<b>I. L'avènement de la médiation en milieu hospitalier</b>	<b>8</b>
1. Du rapport Mac Aleese à la Charte du patient hospitalisé : des prémices peu prometteuses.....	8
2. Un mouvement irréversible .....	12
3. Un texte en demie teinte .....	17
<b>II. L'expérience du CHU de Dijon</b>	<b>23</b>
1. Une expérience de six ans.....	23
2. Quelques éléments statistiques issus de l'analyse des dossiers .....	39
<b>III. Perspectives</b>	<b>51</b>
1. Au CHU de Dijon .....	51
2. Incertitudes théoriques et mouvements de fond.....	62
<b>Conclusion</b>	<b>72</b>
<b>Annexe A Règlement intérieur de la commission de conciliation</b>	<b>74</b>
<b>Annexe B Charte du Médiateur médical</b>	<b>77</b>
<b>Annexe C Fiche d'analyse des dossiers</b>	<b>79</b>
<b>Annexe D Textes relatifs à la commission de conciliation</b>	<b>81</b>
1. Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 relative à l'hospitalisation publique et privée (extrait).....	81

- 
2. Décret n°98-1001 du 2 novembre 1998 ..... 81
3. Circulaire DH/AF 1 n°99-317 du 1er juin 1999 ..... 84

**Liste des sigles** **91**

---

**Bibliographie** **92**

---

# Remerciements

Je remercie particulièrement mon directeur de mémoire, Monsieur le Professeur Strauss, médecin conciliateur au CHU de Dijon, pour le suivi qu'il a effectué de ce travail, pour sa disponibilité ainsi que pour ses précieux conseils dans la compréhension et l'analyse du sujet.

J'adresse également mes remerciements à mon maître de stage Monsieur Chapuis, Directeur des droits des patients, pour sa lecture critique et ses conseils.

Merci également aux membres de la commission de conciliation, en particulier Madame Tollot et Madame Humblot, qui ont accepté de me faire part de leur expérience au sein de cette structure.

Enfin, je remercie Madame Grapin et Madame Carminatti, secrétaires de direction, pour leur précieuse aide informatique.

# Introduction

Les usagers demandent à l'hôpital, comme à l'ensemble des services publics, de plus en plus de transparence dans ses comportements et ses décisions. Face à cette demande, les institutions réagissent, cherchent à recréer la confiance en instaurant des relais supplémentaires où les usagers sont représentés. Ainsi les commissions de conciliation sont apparues dans les ordonnances Juppé du 24 avril 1996. Leurs modalités d'installation et de fonctionnement ont été précisées tardivement par un décret de novembre 1998 et une circulaire de juin 1999.

La création de ces commissions à l'hôpital n'est que le reflet d'un mouvement plus général de développement des alternatives aux modes juridictionnels de règlement des différends, qui traverse la société française dans son ensemble. La médiation en France a en effet été instituée dans des domaines variés qui peuvent se classer en sept champs<sup>1</sup> :

- La médiation familiale qui, en France, ne s'attache pas seulement à la gestion des divorces, mais aborde plus largement les relations familiales au sens large y compris les difficultés psychologiques mais aussi scolaires et successorales ;
- La médiation civique qui se développe dans les cités à problèmes ;
- La médiation sociale utilisée notamment dans le cadre des conflits du travail ;
- La médiation dans le secteur public, exercée par le Médiateur de la République<sup>2</sup>, aidé depuis 1986 de délégués départementaux ;
- La médiation dans le domaine des contrats, qui concerne les litiges relatifs à la consommation, au surendettement et aux assurances ;
- La médiation dans le domaine politique, utilisée notamment dans les relations internationales ;

---

<sup>1</sup> Cf. Michèle Guillaume-Hofnung - La médiation - Que sais-je ? - PUF, 1995.

<sup>2</sup> Institué par la loi du 3 janvier 1973, complétée par la loi du 24 décembre 1976 et celle du 13 janvier 1989 qui a élargi ses pouvoirs.

- La médiation judiciaire, proposée par un juge. Cette formule est utilisée en droit du travail, en droit commercial, en droit civil et pénal. En droit du travail, le Conseil des prud'hommes comprend un bureau de conciliation de deux membres : un employeur et un salarié. C'est seulement en cas d'échec de la conciliation que le jugement proprement dit est prononcé. La conciliation existe également en droit administratif : l'article L.3 du Code des tribunaux administratifs et des cours administratives d'appel attribue en effet à la juridiction administrative une mission générale de conciliation, entreprise sous l'égide d'un magistrat ou d'un conciliateur désigné par le juge.

Si ces types de médiation sont maintenant bien intégrés dans le paysage social, politique et juridique de la France, ce n'est pas encore le cas dans le domaine sanitaire. En effet, deux ans à peine après leur mise en place effective, les commissions de conciliation sont déjà remises en cause dans leur forme actuelle.

Ce sujet a certes toujours été sensible et matière à polémiques, puisqu'il a fallu attendre plus de quinze ans après le premier projet de décret pour que le texte créant les commissions de conciliation voit le jour. Aujourd'hui, il est à nouveau au centre des débats : le récent rapport du groupe de travail présidé par Monsieur Caniard, secrétaire du Comité d'orientation national des Etats Généraux de la Santé, et l'avant projet de loi de modernisation du système de santé qui consacre un chapitre aux droits des patients et à la conciliation en particulier, attestent de l'importance de ces sujets dans la société d'aujourd'hui. L'idée qui prédomine dans les débats actuels est de renforcer l'exercice des droits des malades. Pour y parvenir, outre le droit reconnu de se rassembler et de se mobiliser par la voie des structures associatives, le malade doit disposer de voies de recours clairement identifiées dans le système de soins et facilement accessibles. C'est l'enjeu de la médiation. Or cet enjeu est de taille car l'expérience montre que la plupart des tensions qui se développent entre un malade et le soignant ou l'institution qui l'a pris en charge trouvent leur solution par l'accès à des éléments d'information et donc de compréhension. Par la voie de la médiation, outil de communication et de rétablissement d'une confiance qui fait soudainement défaut, il est surtout question de redresser une situation qui risque sans cela de générer colère et frustration.

Quelques précisions sémantiques préliminaires s'imposent pour comprendre la notion de « médiation » et la distinguer de termes aux définitions proches mais cependant non identiques.

La médiation doit être entendue comme l'action d'un tiers qui intervient dans un litige pour proposer non pas une solution comme le fait le conciliateur mais pour agir sur le règlement du litige en suggérant à l'administration une solution investie de son autorité morale ; le médiateur a donc un rôle différent de celui du conciliateur qui a pour mission, sur appel des deux parties, de rapprocher les points de vue de celles-ci, de leur proposer une solution de compromis qu'elles sont libres ou non d'accepter.

Selon Jean-François Brisson, qui l'explique dans sa thèse intitulée « Le recours administratif en droit français – contribution à l'étude du contentieux administratif », le conciliateur s'efforce de favoriser l'émergence d'une solution grâce au contact entre les parties, dont l'une demande réparation par exemple par la reconnaissance d'une faute ou d'une défaillance ayant causé un préjudice physique ou moral. Le médiateur en revanche intervient en tant que tiers absolu, et s'efforce de mettre ou de remettre en relation des acteurs qui auraient normalement dû l'être plus ou moins sans l'aide de quiconque, mais qui n'y étaient pas parvenus seuls jusque là pour des raisons diverses. Il doit orienter la discussion et bénéficier d'une réelle indépendance fonctionnelle voire d'une certaine distance. Le conciliateur est doté de pouvoirs plus importants puisqu'il peut diriger les discussions et proposer une solution qui pourra être prolongée par une transaction. Celle-ci, définie par l'article 2440 du Code Civil, est un contrat par lequel les parties terminent une contestation déjà née ou préviennent une contestation à naître.

Jacques Luet considère dans son étude sur la médiation en milieu hospitalier<sup>1</sup> que quatre critères la caractérisent :

- l'intervention d'un tiers qui évite le face à face
- l'indépendance du tiers qui ne doit pas émaner ou être sous l'autorité d'un des demandeurs et qui nécessite une absence de pression politique, morale ou financière
- la neutralité du tiers, c'est-à-dire une absence de partialité et une faculté de distanciation
- l'absence de pouvoir institutionnel.

Ces critères permettent également de différencier la médiation de *la transaction*, qui a toujours un aspect pécuniaire et qui se conclut par un compromis contractuel mettant fin au litige, ainsi que de *l'arbitrage*, procédure juridictionnelle, et de *la négociation* qui n'a pas besoin d'un tiers neutre.

---

<sup>1</sup> Mémoire de DESS de Droit médical, 1996, 59p.

A l'hôpital, le terme de « conciliation » est souvent utilisé à mauvais escient ; il l'est par exemple dans l'intitulé même de la commission alors que celle-ci, nous le verrons par la suite, n'a pas de pouvoir de conciliation. Il conviendra donc de ne pas attacher trop d'importance aux termes utilisés dans ce mémoire, à condition de bien garder à l'esprit qu'il ne peut réellement s'agir dans les développements qui suivront, et notamment en ce qui concerne l'expérience dijonnaise, que de médiation au sens strict et non de véritable conciliation.

Notre mémoire s'organisera en trois parties. La première s'attachera à montrer comment l'idée de médiation à l'hôpital est née et s'est peu à peu imposée sous la pression tant des usagers que des juridictions, même si le texte final créant les commissions de conciliation a quelque peu déçu ses promoteurs pour les raisons que nous expliciterons. La deuxième partie s'appuiera sur l'expérience dijonnaise : le CHU de Dijon est en effet un terrain d'observation particulièrement intéressant en matière de médiation puisque celle-ci y a été instaurée dès 1994. Ces six années d'existence interrogent le système juridique conçu en 1998, dans la mesure où le CHU de Dijon a décidé de conserver certaines spécificités de procédure notamment, sources d'une efficacité reconnue, mais ne correspondant pas tout à fait à l'orthodoxie du décret. L'analyse des dossiers traités par le médiateur permettra également de dresser un bilan d'étape de la médiation en apportant des réponses aux questions suivantes : combien le médiateur a-t-il traité de dossiers ? Par qui est-il saisi ? Quels sont les principaux services concernés ? Quels sont les motifs de plainte les plus fréquents ? L'analyse des réponses permettra bien sûr de mieux connaître l'activité de médiation au CHU de Dijon mais aussi de tirer quelques conclusions sur les actions d'amélioration de la qualité à envisager. Enfin, la troisième partie, plus prospective, proposera des pistes d'amélioration du fonctionnement de la médiation à Dijon et présentera le dernier état des réflexions nationales sur ce sujet.

# I. L'avènement de la médiation en milieu hospitalier

La médiation à l'hôpital ne s'est pas mise en place aisément : après un premier échec au début des années 80, un mûrissement assez long et une forte pression des patients soutenus par les juges ont été nécessaires pour accoucher d'un décret accordant aux commissions de conciliation des prérogatives bien moins importantes que celles prévues à l'origine.

## 1. Du rapport Mac Aleese à la Charte du patient hospitalisé : des prémices peu prometteuses

---

La médiation a connu des débuts difficiles : l'annulation en Conseil d'Etat d'un premier texte en 1981 incita à la prudence et ce n'est qu'en 1995 qu'un texte sans portée juridique contraignante relança au niveau national l'idée de conciliation à l'hôpital.

### 1.1. L'échec de 1981

En 1978, un groupe de travail a été créé sous la présidence de Hugues Mac Aleese, conseiller à la Cour de Cassation. Ce groupe avait pour mission d'« étudier le problème de la responsabilité médicale » compte tenu de l'inquiétude du corps médical face à l'augmentation des contentieux. Les médecins souhaitaient en effet que les pouvoirs publics prennent les mesures propres à inverser cette tendance.

Après deux années de travail, le groupe conclut que l'augmentation des contentieux au pénal était directement liée à un défaut d'information des patients et de leur famille : « Se heurtant presque toujours à une absence de dialogue avec les praticiens ou les établissements de soins, ils sont tentés de penser que ce « mur du silence » est destiné à leur cacher une faute. (...) Au parquet de Paris, il a été constaté que plus de la moitié des

plaintes déposées contre les médecins avaient pour origine cette absence d'information, ce qui explique aussi l'acharnement de beaucoup de parties civiles. »

Le rapport préconisait un système de conciliation très souple permettant, par la voie de la transaction, la résolution amiable d'un grand nombre de litiges. Toutes les parties devaient y trouver leur compte : les médecins, moins soumis au risque de voir leur responsabilité pénale mise en jeu devant les tribunaux ; les assureurs ; et les plaignants susceptibles d'être dédommagés rapidement par la voie du règlement amiable. Contrairement aux exemples étrangers, où la conciliation prenait une forme collégiale, le rapport confiait la mission de transaction à un magistrat honoraire figurant sur une liste établie par le premier président des cours d'appel. La justice se devait donc d'assurer elle-même la conciliation médicale.

Ces recommandations furent suivies dans le décret du 15 mai 1981<sup>1</sup> instituant les conciliateurs médicaux ; ces derniers devaient, selon l'article premier, favoriser l'information des patients ou de leurs ayants droit, 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 de prestations de soins. Les conciliateurs étaient des magistrats honoraires bénévoles désignés pour un an sur une liste établie par le Garde des Sceaux.

Ce décret ne fut jamais mis en application pour des raisons tant politiques (le gouvernement démissionna) que juridiques. Le Conseil d'Etat annula en effet le décret dans sa séance du 17 mai 1989, suite à la requête du 30 juin 1981 du docteur Roujansky, sur le fondement du secret médical. L'article 4 prévoyait en effet que le conciliateur pouvait demander « la production de tout document, sous réserve de l'assentiment de leur propriétaire ou de leur légitime détenteur » ; cela signifiait que le conciliateur, saisi par une personne autre que le malade et ses ayants droits, aurait pu avoir accès au dossier médical sans l'accord exprès du patient. Par conséquent, les dispositions du décret contrevenaient au principe subordonnant la communication du dossier médical à l'assentiment du malade ou de ses ayants droit. Ces dispositions n'auraient donc pu être édictées que par une loi. Le Conseil d'Etat annula donc le décret pour excès de pouvoir.

Au-delà de ces considérations juridiques, d'autres raisons expliquent l'échec de cette initiative, et en particulier le fait que le rapport Mac Aleese fut considéré comme l'expression du corporatisme médical soucieux d'éviter par tous les moyens la montée en puissance du contentieux, et non comme un outil de défense des droits des patients. On

---

<sup>1</sup> Décret n°81-582 du 15 mai 1981 relatif aux conciliateurs médicaux (JO du 19 mai 1981 p.1556).

peut d'ailleurs remarquer que les associations qui pouvaient prétendre représenter le point de vue des malades n'ont été ni conviées, ni associées aux débats. « Le conciliateur médical a été rejeté parce qu'il a pu apparaître comme étant avant tout un moyen pour le corps médical d'échapper aux règles de la justice ordinaire »<sup>1</sup> offrant moins de garantie d'indépendance que celle-ci.

L'échec de 1981 ne signa pas pour autant la mort de toute réflexion en matière de conciliation médicale. La Charte du patient hospitalisé du 6 mai 1995<sup>2</sup> prôna de nouveau une voie de recours alternative aux modes juridictionnels au sein des établissements de santé publics et privés, mais ce texte non contraignant n'eut pas l'impact espéré par ses rédacteurs.

### 1.2. Une Charte du patient peu suivie d'effet

En janvier 1992, parut dans la revue Informations Hospitalières le rapport de séminaire de l'Ecole Nationale d'Administration, intitulé « La place de l'usager à l'hôpital ». Les élèves constataient que faute d'un interlocuteur clairement identifié, les réclamations parvenaient à de multiples destinataires (maire, directeur départemental des affaires sanitaires et sociales, directeur de l'établissement, ministère). Ils soulignaient également que l'institution d'un lieu repéré où les plaintes seraient centralisées simplifierait les démarches.

Forte de ces constats, la Charte du patient hospitalisé préconisa la création en interne d'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. Echappant à la sphère judiciaire, la médiation intégrait la sphère médicale.

Le contexte politique était très favorable à la réémergence de la conciliation : l'Organisation Mondiale de la Santé venait en effet un an plus tôt de préconiser dans sa Déclaration pour la promotion des droits des patients en Europe l'instauration de mécanismes de médiation : « A 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 (...). Les patients ont le droit d'obtenir que leurs

---

<sup>1</sup> F. Dreyfus - La fin des conciliateurs médicaux – in : le Concours Médical, 1982 - p.1987-1988.

<sup>2</sup> qui a pris la forme d'une circulaire (n°95-22)

plaintes soient examinées et qu'il soit statué à leur sujet de façon approfondie, équitable, efficace et rapide ».

Par ailleurs, Le Haut Conseil de la réforme hospitalière en novembre 1994 recommandait la constitution de commissions d'usagers pour améliorer la qualité des services hospitaliers.

En outre, certaines circulaires du Premier ministre étaient les signes annonciateurs de la mise en place des médiateurs au sein des services publics : c'est le cas notamment de la circulaire du 6 février 1995 relative au développement du recours à la transaction pour régler amiablement les conflits, et des deux circulaires du 9 février dont l'une étendait le champ d'application d'une circulaire du 13 octobre 1988 relative au respect des décisions du juge administratif, et dont la seconde était relative au traitement des réclamations adressées à l'administration.

Malgré ces avancées juridiques, la médiation a tardé à voir le jour dans les établissements.

Certes, certains établissements ont été précurseurs en la matière. Ainsi, aux Hospices Civils de Lyon, une commission a été instituée en 1983, intitulée « commission des bons offices », puis « commission de conciliation » et enfin « commission d'information de l'utilisateur ». Le but de cette structure était de faciliter l'information en partant du principe que la diffusion de l'information permet d'éviter les affaires contentieuses. Le patient restait en tout état de cause libre d'apprécier si les explications fournies lui paraissaient suffisantes pour ne pas justifier un contentieux, d'accepter une indemnité proposée par la commission, ou de refuser une solution amiable et d'engager une action judiciaire.

L'AP-HP suivit l'exemple lyonnais en 1989, avec l'idée qu'il fallait distinguer entre « les véritables plaintes, très vite portées devant l'instance judiciaire, et les réclamations dont une étude approfondie avait montré qu'elles ne concernaient pas la qualité des soins, généralement reconnue, mais l'insuffisance ou la mauvaise qualité des informations médicales ou encore la difficulté d'obtenir la communication du dossier médical » ; le journal d'information du service juridique de l'AP-HP de mars 1992 mentionnait explicitement qu'un nombre important de contentieux pouvaient être évités si les malades ou leurs familles trouvaient les réponses aux questions qu'ils se posaient. Cependant cette fonction de médiation intrahospitalière ne connut pas le développement escompté : seule une toute petite minorité de l'ensemble des réclamations adressées aux hôpitaux de l'AP-HP fut soumise à un conciliateur médical.

Et malgré ces deux précédents et celui de Dijon, où la conciliation existe depuis 1994, la Charte du patient n'a pas suscité beaucoup de vocations, à l'exception de Tulle, Montauban ou Toulouse. Il fallut attendre, pour voir se généraliser la conciliation à l'hôpital, un texte d'une portée juridique supérieure et contraignante. C'est le décret du 2 novembre 1998 qui conféra une valeur réglementaire à un dispositif désormais opposable à l'ensemble des établissements, indépendamment de leur statut.

## **2. Un mouvement irréversible**

---

Le décret instituant officiellement les commissions de conciliation vit le jour sous la pression tant des usagers, de plus en plus exigeants quant à leurs droits, que des hôpitaux, confrontés à une augmentation du contentieux préjudiciable à leur budget et à leur image de marque.

### **2.1. Des patients de plus en plus exigeants**

On assiste aujourd'hui à une exigence croissante d'information de la part des patients qui ne sont plus seulement des malades, mais des usagers, voire des clients, de plus en plus conscients de leurs droits et prêts à les faire appliquer, si nécessaire devant la justice.

Le monde hospitalier a longtemps été celui du silence, silence aujourd'hui de plus en plus remis en cause. Mais l'exigence de transparence est loin de concerner spécifiquement l'institution hospitalière ; ce sont en effet toutes les administrations qui sont sommées aujourd'hui de ne plus s'entourer d'opacité.

L'exigence de transparence s'est fait sentir dès la fin des années 70 et s'est traduite dans différentes lois : celle du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ; celle du 17 juillet 1978 sur la liberté d'accès aux documents administratifs ; celle du 3 janvier 1979 sur les archives. Très récemment, la loi du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations est venue conforter les droits des usagers en matière d'accès aux règles juridiques notamment.

De plus en plus, l'administration doit être à l'écoute du public et permettre « une amélioration des possibilités offertes aux clients de se plaindre, de demander réparation,

de choisir et de participer au service public ». <sup>1</sup> La puissance publique est remise en cause dans son aspect régalien ; désormais les usagers veulent savoir et participer aux décisions qui les concernent.

Le monde hospitalier n'échappe bien sûr pas à ce mouvement, d'autant plus qu'il concerne le sujet auquel les Français attachent une importance capitale, à savoir leur santé. L'attitude parfois mutique du corps médical n'est plus tolérée. Les usagers veulent des explications claires sur leur état de santé et n'acceptent plus la politique du secret qui a longtemps prévalu en matière médicale.

En effet, le malade a longtemps été tenu en état d'infériorité, infériorité accentuée par l'aura sociale dont bénéficiait le corps médical fort de son savoir scientifique. De nombreux ouvrages et articles ont mis en évidence la prégnance du modèle paternaliste dans les relations médecin/malade. Suzanne Rameix <sup>2</sup> par exemple a retracé l'évolution de la relation médicale en France qui a longtemps reposé sur « le principe moral de bienfaisance du médecin » face à un malade dont « l'ignorance médicale diminue les capacités relationnelles et décisionnelles » : le malade est en état de faiblesse, par sa maladie et par son ignorance. Il est considéré comme un mineur que le médecin soutient et protège, et qu'il décharge de la responsabilité de la décision. « Le malade, de son côté, fait confiance au médecin comme l'enfant à ses parents ».

La supériorité médicale a été confortée par l'utilisation d'un langage de plus en plus complexe. Comme le fait remarquer D.Laurent : « à une technicisation accrue de la médecine s'ajoute une conceptualisation plus raffinée, qui aboutit à une intelligibilité plus difficile de la part d'un public pourtant plus instruit ». <sup>3</sup>

Comme l'écrit Raphaëlle Charignon <sup>4</sup>, tant que le modèle de la relation médicale et administrative restait peu axé sur la valorisation et la protection des droits des patients, la conciliation ne pouvait s'interpréter que comme un mécanisme de défense professionnelle. Dans le cadre d'un modèle paternaliste, elle ne pouvait s'effectuer sur des bases

---

<sup>1</sup> OCDE - L'administration à l'écoute du public, initiatives relatives à la qualité du service – Paris : publications de l'OCDE - 1996.

<sup>2</sup> Suzanne Rameix - Les fondements philosophiques de l'éthique médicale – Ellipses - 1996.

<sup>3</sup> La conciliation médicale à l'hôpital universitaire, séminaire de formation continue de l'Ecole Nationale de la Magistature, 29 mai-2 juin 1995.

<sup>4</sup> La commission de conciliation dans les établissements de santé : une résurrection ? - in : Gestions Hospitalières - août-septembre 1997 - p.492.

égalitaires. Or cette « égalité » est la condition nécessaire d'une action qui vise à rétablir la bonne entente entre les personnes dont les opinions ou les intérêts s'opposent.<sup>1</sup>

Louis Dubouis, juriste spécialiste du droit de la santé, fait la même constatation : « Pendant très longtemps, la relation entre l'usager et le médecin ou l'hôpital a été construite sur la confiance (on s'en remettait à ceux qui savaient), et sur l'ignorance par le patient à la fois de son état de santé et de ses droits. Actuellement la situation est changée : le patient est informé par des sources diverses, il est curieux, interrogatif. La pratique a suivi : charte des malades, guide du malade, etc. participent de ce mouvement. Le droit et la jurisprudence accompagnent aussi ces évolutions. »

Preuve de ce changement, les associations de malades ne cessent de grandir et voient leurs prérogatives confirmées au plus haut niveau, ce que nous aurons l'occasion de préciser dans la troisième partie.

Parallèlement à cette reconnaissance de la légitimité des actions revendicatives des usagers, et comme conséquence de celles-ci, les hôpitaux sont de plus en plus mis en cause devant les tribunaux. L'accroissement du volume des plaintes et du contentieux constitue un sérieux encouragement à mettre en place des structures de médiation qui, même si elles ne sont pas censées avoir un rôle précontentieux, n'en demeurent pas moins l'ultime rempart avant l'action en justice.

## 2.2. Des hôpitaux confrontés à l'accroissement des réclamations et du contentieux

### *2.2.1. En quantité*

Une récente étude, réalisée par le responsable juridique de la Société Hospitalière des Assurances Mutuelles (SHAM), constate que l'augmentation du nombre de réclamations de la part des patients après une hospitalisation s'est poursuivie en 1999 : « sur les dix dernières années, le nombre de déclarations s'est accru de 251 % ». En 1999, la SHAM, qui assure 1450 établissements publics et privés à but non lucratif, a enregistré 2931 déclarations d'accidents corporels, soit 437 dossiers de plus qu'en 1998.

La répartition de ces dossiers par thème est intéressante : 1269 sont consécutifs à des accidents de la vie hospitalière (chutes, suicides, fugues, accidents mettant en cause

---

<sup>1</sup> selon la définition de la « conciliation » du Grand Dictionnaire Encyclopédique Larousse.

des installations comme des portes ou des ascenseurs) ; 150 sont relatives aux dommages causés par des matériels et des produits ; 1512 concernent des causes cliniques (erreurs dans la réalisation de soins médicaux et infirmiers ; erreurs de diagnostic, intubations, infections nosocomiales). Au total les causes cliniques représentent 52 % des déclarations mais 88 % de la charge estimée de la sinistralité en responsabilité hospitalière.

Ces chiffres permettent de mesurer l'importance de l'activité du médiateur pour les hôpitaux et leurs assureurs ; chargé d'examiner les réclamations concernant l'activité médicale au sens large, le médiateur peut en effet éviter l'engorgement des services des assurances, notamment dans la mesure où 84 % des dossiers ne donnent lieu à aucune indemnisation.

Par ailleurs, on constate qu'aucun service médical n'est désormais à l'abri : si les spécialités chirurgicales demeurent toujours les premières disciplines mises en cause (plus de 1000 dossiers), les autres spécialités médicales ne sont plus épargnées (862 dossiers), tandis que les services d'urgence et de réanimation sont concernés par 13 % des déclarations. L'analyse des dossiers du médiateur au CHU de Dijon confirmera cette diversité.

Enfin, le coût moyen des sinistres réglés a augmenté de 31 %.

Pour Patrick Flavin, deux tendances sont à l'œuvre : l'augmentation du nombre de réclamations, qui traduit selon lui la volonté des patients de se comporter en « consommateurs de soins », et celle des juridictions à favoriser l'indemnisation des victimes.

### *2.2.2. En qualité*

D'après Monsieur Flavin, le bilan de l'activité contentieuse sur 1999 confirme la tendance constatée depuis plusieurs années à une « judiciarisation » des affaires de responsabilité médicale. Parmi les dossiers ouverts au cours de l'année en responsabilité hospitalière, la SHAM a recensé 66 affaires faisant l'objet d'une plainte pénale, 39 avec une instruction en cours et 16 dossiers ayant donné lieu à des mises en examen. En matière indemnitaire, elle a enregistré 760 procédures en référé, soit une progression de 12 % par rapport à 1998, juridictions civiles et administratives confondues, ainsi que 394 requêtes introductives d'instance devant les juridictions administratives.

Ces chiffres relativement élevés s'expliquent en partie par le fait que la jurisprudence est de plus en plus favorable au patient.

Le 21 décembre 1990, la Cour Administrative d'Appel de Lyon a reconnu la responsabilité pour risque du service public hospitalier, dans l'arrêt Gomez. Cet arrêt marque le début d'une importante jurisprudence de responsabilité sans faute fondée sur le risque thérapeutique. Dans cet arrêt, les conditions pour engager la responsabilité pour risque sont bien circonscrites : il doit s'agir d'une thérapeutique nouvelle comportant un risque inconnu ; l'intervention est pratiquée alors qu'aucun risque vital pour le patient ne l'impose ; enfin, il s'agit d'un risque spécial entraînant un préjudice exceptionnel et anormalement grave.

Dans l'arrêt Bianchi du 9 avril 1993, le Conseil d'Etat élargit sa jurisprudence puisque la responsabilité du service public hospitalier est engagée pour des interventions même courantes dès lors qu'elles ont occasionné un dommage « d'un caractère d'extrême gravité et sans rapport avec l'état initial du patient, causé par un acte médical présentant un risque dont l'existence est connue mais dont la réalisation est exceptionnelle ». Les risques sont connus dès lors qu'ils sont répertoriés par la littérature scientifique internationale.

Cette jurisprudence, correspondant au souhait du Conseil d'Etat de suppléer la carence du législateur en indemnisant l'aléa thérapeutique, fait peser sur le seul hôpital la charge financière d'un risque « social » et menace ainsi l'activité des grands hôpitaux souvent seuls à pratiquer des examens ou traitements à risque en raison de la gravité de l'état des patients hospitalisés.<sup>1</sup>

Parallèlement à la création jurisprudentielle de ces régimes de responsabilité sans faute liée au risque thérapeutique, le juge administratif a institué un système de présomption de faute, fondé sur l'idée que lorsque les soins délivrés ont des conséquences dommageables anormales autant qu'inattendues, celles-ci ne peuvent s'expliquer que par une faute commise dans l'organisation ou le fonctionnement du service. En principe, la présomption de faute libère la victime de la charge de la preuve, ne lui laissant à prouver que son préjudice et la relation avec l'acte qu'elle a subi. Elle n'a donc plus à prouver qu'une faute a été commise par l'établissement. Ce système trouve une application particulière en matière d'infections nosocomiales. La première application de cette forme de pré-

---

<sup>1</sup> Depuis, le Conseil d'Etat est allé encore plus loin : dans l'arrêt Hôpital Joseph Imbert d'Arles du 3 novembre 1997, il a sommé l'hôpital d'indemniser la victime d'un acte médical non nécessaire à un traitement.

somption de faute résulte de l'arrêt Cohen du 9 décembre 1988 : alors qu'aucune faute lourde médicale, notamment en matière d'asepsie, ne pouvait être reprochée aux praticiens qui avaient exécuté l'intervention, le fait qu'une telle infection ait pu se produire révélait une faute dans l'organisation et le fonctionnement du service public hospitalier, sans qu'il y lieu d'en rechercher la cause exacte.

En outre, de nombreux cas jurisprudentiels illustrent le problème du manque de communication et de circulation de l'information entre les différents acteurs de la « chaîne de soins », contre lequel la médiation a précisément pour but de lutter. Ces problèmes d'interface peuvent être, par exemple, le défaut de transmission de résultats de laboratoire, l'absence de communication au sein d'un service ou encore le manque de coordination des différents services entre eux. A titre d'exemple, dans un arrêt du 3 décembre 1996<sup>1</sup>, la Cour Administrative d'Appel de Paris a examiné le cas d'une patiente qui, insatisfaite des résultats obtenus avec son premier chirurgien esthétique, s'est tournée vers un second chirurgien auquel elle a ensuite reproché de ne pas avoir pris connaissance des complications consécutives à la première opération, et de ne pas avoir consulté le dossier médical. Au sein d'une même équipe, la jurisprudence veille particulièrement à l'existence d'une bonne coordination entre chirurgien et anesthésiste d'une part et entre médecin-accoucheur et sage-femme d'autre part.

Enfin, une jurisprudence importante s'est développée en matière de surveillance des patients après une opération, ainsi que des malades déficitaires mentalement et des parturientes.

L'ensemble de ces évolutions jurisprudentielles, favorables aux patients, tend à soumettre les hôpitaux à une pression de plus en plus forte. Face à cette pression et à celle des malades, qui a tendance elle aussi à s'accroître, ce que nous verrons plus en détail dans la troisième partie, le gouvernement a réintégré dans son vaste mouvement de réforme de l'hospitalisation en 1996 la notion de conciliation. Cependant, ce texte est assez loin de l'ambition initiale de 1981.

### **3. Un texte en demie teinte**

---

L'ordonnance de 1996 qui officialise la création des commissions de conciliation ne confère pas à ces dernières, malgré leur appellation, un pouvoir de conciliation véritable.

---

<sup>1</sup> *Dame Pérez contre AP-HP*

Cependant l'information des patients, attribution première de ces structures, a une utilité certaine.

### 3.1. La création officielle des commissions de conciliation

L'Ordonnance n°96-348 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée<sup>1</sup> remet au centre des préoccupations les droits des patients. Certes l'affirmation de ces droits avait déjà été initiée par les lois du 27 juin 1990 relative à l'hospitalisation psychiatrique. Cette loi prévoyait non seulement l'accès des personnes hospitalisées au règlement intérieur, mais également leur information sur leur situation juridique et leurs droits, notamment leurs droits de recours aux autorités administratives et judiciaires. La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière constituait une nouvelle avancée en la matière : le législateur introduisit en tête de cette loi et en préliminaire au chapitre premier un paragraphe en deux sections portant sur les droits des patients accueillis dans un établissement de santé et sur l'évaluation et l'analyse de l'activité de ces mêmes établissements.

Mais l'ordonnance va beaucoup plus loin : non seulement elle lance la procédure d'accréditation et introduit la représentation des usagers au sein des conseils d'administration des établissements publics de santé, mais encore elle enrichit les dispositions du code de la santé publique concernant les droits des patients de deux articles L.1112-2 et L.1112-3<sup>2</sup>.

Ces articles concernent :

- la qualité de la prise en charge des patients, qui doit être recherchée par une évaluation régulière de la satisfaction, notamment sur les conditions d'accueil et de séjour
- le livret d'accueil et la charte du patient hospitalisé
- la définition des règles de fonctionnement des établissements tendant à assurer le respect des droits et obligations des patients

---

<sup>1</sup> JO du 26 avril 1996

<sup>2</sup> selon la nouvelle numérotation du code de la santé publique conformément à l'ordonnance n°2000-548 du 15 juin 2000 relative à la partie législative du CSP.

- *la création d'une commission de conciliation chargée d'assister et d'orienter toute personne qui s'estime victime d'un préjudice du fait de l'activité de l'établissement, et de lui indiquer les voies de conciliation et de recours dont elle dispose.*

Il fallut attendre deux ans pour qu'un texte précise les modalités pratiques d'application de ce dernier item. Il s'agit du décret n°98-1001 du 2 novembre 1998 relatif à la commission de conciliation<sup>1</sup>. Ce texte introduit dans le code de la santé publique les articles R.710-1-1 à R.710-1-10 ; le premier article du décret modifie au préalable la structure de ce code afin d'insérer les dispositions relatives à la commission dans une section dédiée aux droits du patient.

Ce texte a fait l'objet de critiques importantes dans la mesure où beaucoup l'ont considéré comme affaiblissant la portée d'une véritable commission de conciliation.

### 3.2. Une commission « placebo » ?

Le terme de conciliation est utilisé à deux reprises dans le second alinéa de l'article L.71112-3 : d'une part dans l'intitulé de la commission de conciliation et d'autre part dans l'obligation d'indiquer « les voies de conciliation et de recours ». Or, il est maintenant admis que la commission a été malencontreusement nommée commission de *conciliation* alors qu'elle n'est pas chargée de concilier stricto sensu. En effet, comme le soulignent Philippe Jean et Véronique Herzog<sup>2</sup>, le concept de conciliation évoque une commission dont les compétences seraient précontentieuses ; or, la circulaire du 1<sup>er</sup> juin 1999 relative à la commission de conciliation<sup>3</sup> a explicitement exclu ce rôle, puisqu'elle est ainsi rédigée : « 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 la commission 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. » La commission n'a clairement pas de pouvoir sur les suites à donner aux plaintes et réclamations.

---

<sup>1</sup> JO du 7 novembre 1998.

<sup>2</sup> Droit des patients, le décret du 2 novembre 1998 relatif à la commission de conciliation et à la médiation médicale - in : Gestions Hospitalières - décembre 1998, p.781.

<sup>3</sup> Circulaire DH/AF1/99/n°317 du 1er juin 1999.

L'une des raisons de cette impossibilité pour la commission de rechercher une solution de règlement amiable aux litiges dont elle serait saisie réside dans le Code des assurances. En effet, dès lors qu'un établissement de santé est assuré, ce qui est le cas de l'ensemble des établissements publics de santé à l'exception de l'AP-HP qui est son propre assureur, il ne peut transiger avec la victime qu'avec l'accord de l'assureur.

En effet, selon l'article L.124-2 de ce Code, l'assureur peut stipuler qu'aucune reconnaissance en responsabilité, aucune transaction intervenue en dehors de lui ne lui sont opposables. D'après le Conseil d'Etat<sup>1</sup>, « l'application stricte de cette clause interdit en principe à la collectivité assurée de répondre aux recours gracieux, de participer à la conciliation, et de transiger sans l'accord de son assureur ». Par conséquent la commission instituée par l'ordonnance de 1996 a pu apparaître comme une version très diluée de la conciliation prévue en 1981 : il ne lui appartient pas de trancher un litige opposant un établissement de santé à un patient ou à ses proches, ni même de donner un avis sur la faute éventuelle de l'établissement ou encore de proposer le montant d'une transaction si un règlement amiable est engagé. D'ailleurs cette mission paraîtrait également peu compatible avec les compétences du Conseil d'Administration chargé de délibérer « sur les actions en justice et les transactions ».

Pour le Conseil Economique et Social, dans son avis des 12-13 septembre 1995, la commission n'avait un intérêt que sous réserve d'« une vocation affirmée de résolution des petits litiges (...) et de conseil auprès des victimes, soit pour faciliter les transactions amiables soit pour engager les procédures ». Le CES considérait que la commission pourrait aider les victimes à apprécier ou non l'existence d'une faute et à mieux identifier les voies et les modalités d'une réparation éventuelle.

Dès lors que la reconnaissance de la faute est juridiquement impossible, la commission perdait de son intérêt. Sans possibilité de règlement amiable par indemnisation, la commission doit se contenter d'être une instance d'information et de dialogue. Ce rôle cependant n'est pas négligeable.

### 3.3. Un rôle cependant important

L'information est en effet fondamentale, tant il est vrai que le sentiment de « préjudice » des patients ne naît pas des seuls cas où ils s'estiment victimes d'une faute

---

<sup>1</sup> Régler autrement les conflits : conciliation, transaction, arbitrage en matière administrative - la Documentation française, 1993.

médicale, mais dans tous les cas où ils s'estiment mal informés. Dans son information, la commission doit se contenter de relater les faits, cette relation n'étant pas assimilable à la reconnaissance d'une quelconque responsabilité.

Par ailleurs la commission peut conduire l'hôpital à un meilleur respect des usagers. En dépit des améliorations instituées en matière de transparence administrative depuis les années 1970, il faut remarquer qu'il n'est pas courant que l'administration offre à l'utilisateur une telle facilité dans l'expression de plaintes et réclamations.

La commission est aussi une instance qui doit permettre de rétablir le dialogue en réduisant l'incompréhension qui se trouve à l'origine de l'essentiel des demandes des patients ou de leur famille. Elle doit assister les personnes, c'est-à-dire leur répondre, prendre la réclamation en compte et y apporter les éléments de réponse les plus adaptés. Elle doit constituer une voie de recours face à un refus d'information ou de communication, rétablir des passerelles, offrir une écoute institutionnelle attentive qui a dû manquer dans la période où le conflit avec tel acteur de l'hôpital s'est cristallisé.

Dans son rôle d'orientation, la commission doit assurer une prise en charge du plaignant pour que sa plainte soit effectivement prise en compte par l'autorité la plus appropriée, le conseiller de la façon la plus efficiente. Cette mission n'est d'ailleurs pas exempte d'ambiguïté. En effet, dans certaines hypothèses, où le préjudice allégué relève bien de la responsabilité de l'établissement ou de personnes agissant pour le compte de l'hôpital, l'orientation du patient doit éviter les écueils d'une reconnaissance irréfléchie de la responsabilité aussi bien que la tentation de manœuvres dilatoires ou d'obstruction tendant à empêcher la personne d'engager une procédure. Comme le constate Philippe Jean<sup>1</sup>, « même sans aucune intention perverse, l'information sur les voies de recours ne sera pas nécessairement très neutre ». Les procédures n'ont en effet pas des portées semblables. Ainsi, la saisine d'une juridiction pénale n'a pas la même signification ni les mêmes conséquences qu'un recours devant le juge administratif ou la recherche d'une action disciplinaire devant l'autorité administrative ou ordinaire.

Il faut également noter que le décret prévoit de porter à la connaissance de la commission un certain nombre d'éléments lui permettant de tirer des enseignements en matière de qualité : le médecin conciliateur lui rend compte de ses interventions ; le registre des demandes et réclamations est à sa disposition ; le directeur de l'établissement doit l'informer du nombre, de la nature et de l'issue des recours gracieux et juridictionnels

---

<sup>1</sup> Droit des patients : conciliation et assurances – in : Revue Hospitalière de France n°3 - mai-juin 1999 - p.24.

mettant en cause l'établissement de santé ; enfin ses membres doivent avoir connaissance des analyses des enquêtes de satisfaction réalisées auprès des patients. L'ensemble de ces informations permet à la commission de rédiger un rapport annuel d'activité remis au directeur et aux instances<sup>1</sup>, et de faire des recommandations adressées au directeur. Elle est informée des suites qui sont données à ces recommandations.

Cet ensemble de prérogatives peut permettre à la commission d'exercer un pouvoir certainement plus important qu'il n'y paraît au premier abord. En outre, au sein de cette commission, le médecin conciliateur a un rôle essentiel, puisqu'il est destinataire des demandes et réclamations susceptibles de mettre en cause l'activité médicale. Il a alors le pouvoir de rencontrer le patient et l'équipe médicale qui l'a pris en charge, de consulter le dossier médical (avec l'accord du malade), bref de traiter l'affaire. Ce rôle exige d'ailleurs, d'après la circulaire du 1<sup>er</sup> juin 1999, un savoir faire certain, des qualités d'écoute et de communication ainsi qu'une autorité morale reconnue. L'expérience du CHU de Dijon, sur laquelle nous allons nous pencher dans la deuxième partie, témoigne du rôle non négligeable que peut jouer la commission et notamment le médiateur dans le traitement d'une grande quantité de réclamations adressées par les patients à l'hôpital.

---

<sup>1</sup> à savoir la CME, la CSSI, le CA et le DARH s'il en demande la communication. En tant que document administratif, il peut aussi être communiqué à quiconque en fait la demande si nécessaire par l'intermédiaire de la Commission d'accès aux documents administratifs.

## II. L'expérience du CHU de Dijon

Depuis presque six ans qu'elle existe, la fonction de médiation est bien ancrée dans le paysage hospitalier à Dijon. La manière dont elle est organisée, les spécificités de son fonctionnement, et surtout l'analyse des dossiers traités en 1995, 1996, 1997, 1998 et 1999 par le médiateur permettent de dresser un bilan de l'activité de ce dernier et de tirer quelques enseignements qui pourraient se révéler utiles à d'autres établissements.

### 1. Une expérience de six ans

---

La conciliation médicale a été instituée au CHU de Dijon bien avant qu'elle ne devienne une obligation réglementaire, puisqu'elle a été mise en place dès l'année 1994 à l'initiative de Monsieur Leclercq, alors Directeur Général, et du Professeur Favre, alors Président de la commission médicale d'établissement, sur la proposition du Professeur Strauss, ancien chef de service au CHU de Dijon, qui a accepté de prendre des fonctions de médiateur de façon bénévole. Depuis 1994, l'activité de ce dernier n'a cessé de se développer et l'occupe à mi-temps.

Ces six années d'expérience ont permis à Dijon de devenir l'un des hôpitaux de référence en matière de conciliation, et c'est fort de cette antériorité que l'hôpital a organisé le 17 octobre 1997 un colloque national sur la médiation médicale et la commission de conciliation à l'hôpital. Une enquête avait révélé que la majorité des établissements n'avait jusqu'à présent prévu aucune structure de conciliation.

Cette journée a réuni des représentants des CHU et d'hôpitaux généraux (directeurs, médecins, infirmiers généraux...), des magistrats tant judiciaires qu'administratifs, le Président du conseil de l'Ordre des médecins, des juristes, des conciliateurs judiciaires, des représentants des assurances (SHAM, Sou Médical...).

Ce colloque a permis d'engager une réflexion sur les modalités d'une médiation efficace grâce à une analyse des différentes expériences et réalisations en cours dans les hôpitaux. Il a également servi de base de réflexion aux rédacteurs du décret de 1998.

Les expériences des CHU de Dijon, Bordeaux, Toulouse, des Hospices Civils de Lyon et de L'AP-HP ont été évoquées. Le colloque a également abouti à une proposition de Charte du médiateur médical, reproduite dans l'annexe B, définissant essentiellement les missions du médiateur et les qualités dont il devait faire preuve pour exercer ses fonctions.

Depuis, le médiateur a souvent été sollicité pour faire part de son expérience : c'est ainsi qu'il a été invité à de nombreux colloques et réunions de travail à Lille, à Rennes, à Toulouse et récemment à Bordeaux. Il a également participé aux Etats Généraux de la Santé où a été évoquée la place du patient dans les institutions de soins. Ces déplacements ont contribué à conforter sa fonction et ont permis un échange d'idées avec d'autres intervenants.

Après avoir décrit la manière dont la conciliation dijonnaise répond aux obligations fixées par les textes, tant dans la composition de la commission que dans la procédure utilisée, nous essaierons de montrer en quoi les spécificités de son fonctionnement sont source d'une efficacité reconnue.

### 1.1. Le système dijonnais à l'épreuve des textes

L'« officialisation » de la médiation par le décret du 2 novembre 1998 n'a pas sensiblement transformé le rôle du Professeur Strauss et du système qu'il a institué en collaboration avec Monsieur Chapuis. Les spécificités dijonnaises ont été conservées dans la mesure où elles avaient fait la preuve de leur efficacité.

La commission de conciliation a été instituée et sa composition respecte les règles fixées par le décret, mais le traitement des affaires reste le même et s'appuie toujours sur une collaboration étroite entre le médiateur et le directeur des établissements, bientôt directeur des droits des patients, selon le nouvel organigramme de direction.

Si le nombre de plaintes et le niveau de réclamation des patients s'est accru, la procédure est restée la même, le pilier du dispositif étant le médiateur.

### 1.1.1. Composition de la commission

Selon l'article R.710-1-1 du décret du 2 novembre 1998, dans les établissements publics de santé, autres que ceux de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, la commission comprend, à compter du 6 mai 1999<sup>1</sup> :

1. Le président de la commission médicale d'établissement, prévue à l'article L.6144-1 du code de la santé publique, ou le représentant qu'il désigne parmi les membres de cette commission. Contrairement à ce qui est mentionné dans le décret pour la désignation du médecin conciliateur et de son suppléant, il n'est pas prévu pour le représentant du président de la CME une exclusivité liée à la profession. Il peut donc ne pas être médecin dans la mesure où sont membres de la CME à l'hôpital public des pharmaciens, des sages-femmes, des odontologues, des représentants des internes en médecine ou en pharmacie. A Dijon, comme dans la plupart des établissements, c'est tout de même un médecin qui a été choisi par le président de la commission médicale d'établissement pour le représenter, puisqu'il s'agit du professeur Cougard, chirurgien viscéral et thoracique.
2. Un médecin conciliateur et son suppléant, nommés dans les conditions prévues à l'article R.710-1-7 par le directeur de l'établissement public de santé, après avis de la CME et du conseil d'administration, parmi les médecins exerçant ou ayant exercé dans l'établissement.

Monsieur le Professeur Strauss, ayant exercé dans l'établissement en qualité de chef du service de rhumatologie, est le médecin conciliateur. Son suppléant est le professeur Dumas, chef du service de neurologie. Monsieur Strauss préside la commission.

3. Un membre de la commission du service de soins infirmiers et son suppléant désignés par le directeur du service de soins infirmiers parmi les membres mentionnés au b de l'article R.714-26-2 du code de la santé publique.

Cet article est ainsi rédigé : « les membres de la commission du service de soins infirmiers (...) doivent être des fonctionnaires titulaires ou stagiaires ou des agents contractuels en fonction dans l'établissement et en position d'activité. Cette commission comprend :

---

<sup>1</sup> six mois après la publication du décret le 7 novembre 1998 au Journal officiel. A Dijon, la commission a été mise en place dès le mois de février.

- a. le directeur du service de soins infirmiers (...)
- b. des membres désignés représentant respectivement, dans les proportions de trois huitièmes, quatre huitièmes et un huitième du total de ces membres : les infirmiers surveillants-chefs et les infirmiers surveillants de services médicaux, les infirmiers, les aides-soignants.

L'article R.714-26-3 du code de la santé publique prévoit que les membres de la commission mentionnés au b) sont désignés par voie de tirage au sort parmi les volontaires, au sein des trois collèges suivants : collège des infirmiers surveillants-chefs et surveillants des services médicaux ; collège des infirmiers, infirmiers de bloc opératoire, infirmiers spécialistes en anesthésie-réanimation, puéricultrices ; collège des aides-soignants.

L'infirmier général désigne donc le représentant du service de soins infirmiers et son suppléant parmi les personnels que nous venons d'évoquer : ils pourront dès lors être infirmiers ou aides soignants. Il convient naturellement que ces deux personnes, qui ont été volontaires pour le tirage au sort les ayant conduits à siéger à la commission du service de soins infirmiers, acceptent leur désignation à la commission de conciliation. Selon Isabelle Lucas-Baloup, un échange d'écrits apparaît prudent, d'autant plus que ce représentant, ou ce suppléant, peut être éventuellement nommé président de la commission et participer activement à la permanence au moins hebdomadaire que la commission doit organiser.

Au CHU de Dijon, Madame Faugier, infirmière générale, assumait cette responsabilité avant son départ en avril de cette année ; c'est désormais Mademoiselle Jacob, infirmière générale qui exerce cette fonction. Madame Humblot, infirmière surveillante au centre de convalescence et de rééducation, conserve son rôle de suppléante.

4. Les représentants des usagers membres du conseil d'administration de l'établissement prévus au 6° de l'article L.6143-5 du code de la santé publique.

En effet, depuis l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, deux représentants des usagers siègent au conseil d'administration. Ces représentants sont nommés pour trois ans par le directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation, après avis du préfet de département dans lequel l'établissement a son siège, parmi les personnes proposées par les organisations qui représentent au niveau régional ou départemental les intérêts

des patients, des consommateurs, des familles, des personnes âgées et des personnes handicapées et dont le directeur de l'agence estime que l'objet social correspond le mieux à l'orientation médicale et médico-sociale de l'établissement. Chaque Agence régionale de l'hospitalisation a dû communiquer la liste des organisations ayant été sélectionnées par le directeur, après avis préfectoral. Parmi les organisations les plus représentées au sein des conseils d'administration des hôpitaux publics, on peut citer : la Croix-Rouge française, l'Union Fédérale des Consommateurs, l'association F.O. des consommateurs, les Unions Départementales d'Associations Familiales (UDAF), les Associations des Visiteurs en Milieu Hospitalier (VEMH), l'Union Nationale des Retraités et Personnes Agées (UNRPA), ou les Fédérations de Clubs des Aînés, ou des Aînés ruraux, Médecins du monde, la Mutualité Sociale Agricole. On peut citer également des organisations représentant certaines pathologies spécifiques comme les associations contre l'Alzheimer, les associations départementales des amis et parents de personnes handicapées mentales, les comités de la Ligue contre le Cancer, l'Association des Paralysés de France, l'Association des Familles des Traumatisés Crâniens, les comités départementaux de prévention de l'alcoolisme ou encore les associations d'insuffisants rénaux.

Les représentants des usagers doivent être présents aux séances du conseil d'administration de l'hôpital et marquer qu'ils ne se désintéressent pas du fonctionnement de celui-ci, même si leurs pouvoirs sont limités au sein de cette structure. Une abstention pendant six mois consécutifs, sans motif légitime, équivaudrait à une démission de leur part. Rien de tel n'est organisé sur leur présence à la commission de conciliation.

Le choix de la désignation des représentants des usagers apparaît comme un compromis. En effet, la plupart des associations représentatives siégeant au conseil d'administration souhaitent participer au dispositif. Un problème pratique se posait donc aux établissements : celui de la représentativité des associations des usagers souvent nombreuses dans les sites hospitaliers. Le choix de la désignation des représentants des usagers apparaît donc comme un gage attestant de leur légitimité, de leur efficacité et de leur représentativité du fait de leur implication dans la gestion de l'établissement.

Au CHU de Dijon, il n'y a actuellement qu'un seul usager à la commission, Madame Tollot, présidente de l'URAF, l'Union Régionale des Associations Familiales. Le président de la Croix Rouge qui était membre de la commission a quitté la région et

n'est toujours pas remplacé, bien que la demande ait été faite au préfet en décembre 1999.

5. Enfin, le directeur de l'établissement n'est pas membre de la commission de conciliation, mais il assiste avec voix consultative à ses réunions.

Le fait que le directeur ne soit pas membre de droit de la commission, où il n'a donc pas voix délibérative, suscite quelques interrogations. Le directeur est en effet directement intéressé par le fonctionnement de la commission, ne serait ce que parce que l'information juridique de l'usager du service public hospitalier sur les voies de recours gracieux ou juridictionnels est de son ressort. Comme le fait remarquer Isabelle Lucas-Baloup, si la commission disposait réellement du pouvoir de concilier, elle serait une instance indépendante qui ne comprendrait ni le directeur ni le patient, intéressés tous deux au résultat de la conciliation. Or le décret n'a concédé, comme nous l'avons vu précédemment, aucun pouvoir de conciliation à la commission, mais uniquement une mission d'assistance, d'orientation et d'information. Il aurait donc été parfaitement concevable que le directeur en fasse partie.

A Dijon, le directeur du CHU est représenté par Monsieur Chapuis, accompagné d'une personne de son choix, selon l'ordre du jour. Le décret précise en effet que lorsqu'il assiste aux réunions de la commission, le directeur peut être « accompagné des collaborateurs de son choix ». Il n'est pas prévu en revanche que le directeur puisse se faire représenter par un délégué comme peut le faire le président de la commission médicale d'établissement. Selon Isabelle Lucas-Baloup, si des relations de bonne intelligence existent entre le directeur et le président de la commission de conciliation, ce qui est le cas à Dijon, les dates fixées pour les réunions de la commission sont arrêtées en tenant compte des préférences de chacun et des éventuelles indisponibilités du directeur. Si en revanche régnait un climat d'hostilité, il pourrait en être autrement.

La composition de la commission de conciliation du CHU de Dijon amène quelques remarques :

Tout d'abord, le président a été élu et non désigné, comme le prévoit l'article R.710-1-2 du décret : « la commission désigne en son sein son président et son vice-président ». En théorie, l'article R.710-1-2 du code de la santé publique ne mentionne aucune obligation ou condition relative à la qualité du président. Chacun des membres de la commission peut donc la présider, qu'il soit médecin, infirmier ou représentant des

usagers. Seul le directeur ne peut pas l'être étant donné qu'il n'est pas membre de la commission.

L'élection à l'unanimité du médiateur en tant que président de la commission atteste bien du fait que celui-ci est bien considéré comme le pilier du dispositif de conciliation au CHU.

Le décret du 2 novembre 1998 ne confère au président que la mission de convoquer au moins trois fois par an la commission, et d'arrêter l'ordre du jour qui doit être communiqué aux membres au moins huit jours avant la réunion. Le règlement intérieur de la commission de conciliation à Dijon n'a pas prévu d'autres hypothèses d'intervention du président, à l'exception des permanences qui sont assurées par le médiateur et sur lesquelles nous reviendrons ultérieurement. En pratique cependant, c'est le Professeur Strauss qui rédige le rapport annuel d'activité et le communique aux instances.

D'autre part, la vice-présidence de la commission est assurée par Madame Tollot, représentante des usagers. Mais son rôle en tant que vice-présidente se limite, d'après l'article R. 710-1-2, 3<sup>ème</sup> alinéa, au remplacement du président si celui-ci est concerné par une réclamation ou est empêché ; il serait très étonnant que la première hypothèse se réalise puisque Monsieur Strauss n'exerce plus d'activité médicale au CHU depuis des années.

Par ailleurs, les membres suppléants de la commission assistent aux réunions de la commission chaque fois qu'ils le souhaitent y compris lorsque les titulaires ne sont pas empêchés. Ceci est contradictoire avec la circulaire du 1<sup>er</sup> juin 1999 aux termes de laquelle « les suppléants ne siègent pas si le titulaire est présent ». A Dijon, Monsieur Strauss a considéré que plus la participation aux réunions de la commission était importante, plus la légitimité et l'impact de cette structure seraient forts.

Il convient maintenant de s'interroger sur la procédure de médiation utilisée pour mener à bien le traitement des réclamations.

### *1.1.2. Procédure*

Nous nous intéresserons dans cette partie exclusivement à la procédure suivie par le médecin conciliateur dans le traitement des affaires qui lui sont confiées. En effet, comme nous le verrons plus tard, les permanences ne sont assurées au CHU de Dijon que par le médiateur lui-même. Dans ces conditions, la commission de conciliation n'a

pas eu l'occasion d'assurer ses missions d'assistance, d'orientation et d'information sur les voies et délais de recours autrement que par l'intermédiaire du médiateur en personne.

En premier lieu, il faut souligner que la conciliation n'est pas une contrainte. Il ne s'agit que d'une option proposée au patient ou à ses proches qu'ils sont libres d'accepter ou de refuser. Par conséquent, le patient ou ses proches ne sont contraints par aucun délai et peuvent s'adresser à la commission aussi bien pendant l'hospitalisation du patient qu'après. La circulaire du 1<sup>er</sup> juin 1999 précise que ces procédures sont distinctes des procédures juridictionnelles de droit commun et que la saisine de la commission n'est pas une procédure préalable aux actions en justice : « l'utilisateur n'est pas obligé de saisir la commission avant de se pourvoir devant les tribunaux. » Ses membres doivent même indiquer à l'utilisateur que les délais de recours contentieux ne sont pas suspendus par la saisine de la commission.

Un tri doit tout d'abord être opéré dans les lettres de réclamation reçues des patients. Nous reviendrons sur cette question et sur la manière d'organiser cette sélection dans la troisième partie, pour nous intéresser ici à la procédure mise en œuvre à partir du moment où le médiateur est saisi d'une affaire, soit directement par un patient, soit indirectement par la direction, un chef de service ou une instance extérieure (DDASS, Maire, conseil de l'Ordre...). Cela n'est le cas, selon la circulaire du 1<sup>er</sup> juin, que des demandes et réclamations susceptibles de mettre en cause *l'activité médicale*. Cette notion n'est cependant pas davantage précisée et en pratique les médecins conciliateurs n'ont pas tous la même conception de leur rôle :

- certains travaillent comme des « experts », auxquels ne sont confiés que les dossiers sensibles
- d'autres prennent connaissance de toutes les réclamations reçues par l'établissement et font, avec l'accord du directeur, une sélection des dossiers à traiter.

Ces modes d'intervention sont fonction du contexte local, de la personnalité du médiateur et des relations établies avec la Direction.

Au CHU de Dijon, les relations de confiance existant entre le directeur central des établissements et le médecin conciliateur ont conduit à adopter un schéma de collaboration étroite proche du deuxième modèle. Il est évident cependant que lorsqu'une réclamation relève, à première lecture, de l'assurance, le dossier est transmis à la société hosp i-

talière d'assurance mutuelle, après une enquête interne auprès du service concerné diligentée par la direction sans même que le médiateur en soit informé, puisque l'affaire en cause n'est pas de son ressort. C'est le cas par exemple lorsqu'une personne a subi un dommage matériel grave ou un dommage corporel évident. Dans ce cas, la SHAM gère le dossier, l'hôpital « se contentant » de lui transmettre les informations qu'elle demande.

Un deuxième cas ne justifie pas la saisine du conciliateur : celui des réclamations qui se bornent à faire le constat des insuffisances de l'institution. Ce sont par exemple des réclamations relatives à une mauvaise prestation hôtelière. Dans ce cas, le directeur répond directement à la personne et n'informe pas le médiateur. Ces réclamations doivent cependant être consignées dans un registre mis à la disposition des membres de la commission de conciliation ; nous y reviendrons ultérieurement.

Enfin, lorsque la réclamation concerne les soignants, le directeur avertit la direction des soins infirmiers pour instruction de l'affaire.

En pratique, la notion d'« activité médicale » doit être entendue au sens large et le médiateur dijonnais est saisi d'affaires d'une extrême variété<sup>1</sup>.

La procédure qu'il suit, lorsqu'il est saisi d'une affaire est la suivante :

- il lit attentivement la lettre de plainte ;
- il étudie le dossier médical, avec le chef de service concerné dans la plupart des cas et/ou avec le praticien en cause (si le chef de service n'y est pas opposé<sup>2</sup>) sous réserve qu'il ait obtenu l'accord exprès du patient pour le consulter. Cet accord doit normalement être écrit ; par souci de rapidité, le médiateur se contente le plus souvent de l'accord oral du malade ;
- il demande des précisions ou des éclaircissements aux acteurs concernés, presque toujours au chef de service, responsable de son unité ;
- il consigne dans ses notes personnelles sa première appréciation ;
- il contacte le patient ou sa famille par téléphone et lui propose un rendez-vous. Celui-ci est la plupart du temps accepté, sauf en cas d'éloignement géographique important, auquel cas le médiateur reste en contact téléphonique et postal avec les requérants s'ils le souhaitent. Si le rendez-vous est accepté, le médiateur reçoit

---

<sup>1</sup> cf. II.2 quelques éléments statistiques issus de l'analyse des dossiers.

<sup>2</sup> en pratique il n'y a jamais eu d'opposition de la part du chef de service.

alors le patient ou sa famille dans un bureau adapté à l'échange confidentiel. Il se présente et rassure ses interlocuteurs quant à sa neutralité, toujours sujette à caution et qui ne doit plus être mise en doute pour que l'affaire ait des chances d'être réglée. Il leur parle également de sa mission d'explication et de clarification. Il écoute le patient récapituler ses griefs et les reformule avec le patient ; il les enregistre ;

- il refait une lecture explicative claire et appropriée du dossier médical le cas échéant, en montrant les éléments utiles ;
- il fournit toutes les précisions de nature à éclairer le patient et lui présente les documents en relation avec les faits. Sont communicables au patient : les éléments sur lesquels repose le diagnostic, les prescriptions médicales, les feuilles de température et de réanimation, les résultats des actes de radiologie, d'examen biologiques, de prélèvements histologiques (...) et le compte-rendu opératoire. Peuvent être examinés en commun avec le patient le dossier médical, le dossier infirmier et le dossier transfusionnel. En revanche ne sont pas communicables au patient : les annotations personnelles manuelles en marge ou en dehors du dossier médical ou infirmier officiel, les indices faisant état de conflits à l'intérieur du service, les renseignements ne concernant pas directement le patient, les indications précises d'un diagnostic fatal à brève échéance que le praticien a jugé opportun de ne pas révéler selon les règles de la déontologie médicale, et enfin, en présence de la famille, toute information que le patient ne tient pas révéler ;
- il transmet, sur demande du malade, le dossier au médecin désigné par ce dernier le cas échéant, et au médecin traitant si celui-ci est impliqué dans l'affaire (par exemple s'il a conseillé au malade de formuler une réclamation) ;
- à l'issue de l'entretien, il écrit avec le patient la conclusion concertée, puis griffonne après son départ des notes personnelles confidentielles selon la conviction intime qu'il s'est forgé ;
- il rédige un compte-rendu destiné au directeur (avec copie à tous les intervenants par souci de transparence) et suggère à celui-ci de répondre au requérant dans le sens qui lui paraît approprié ;
- s'il a été saisi par un chef de service, il lui rend compte des résultats de sa mission. Il le fait également s'il a été saisi par une autre personne par courtoisie confraternelle ;
- il rédige un rapport anonymisé à la commission de conciliation ; les membres de la commission n'étant pas médecins, pas plus que ne l'est le directeur, le rapport doit être le plus neutre possible et ne comporter aucune précision médicale ;

- si le requérant le demande, ce qui n'arrive qu'exceptionnellement, le médiateur doit lui envoyer son rapport.

Cette procédure est assez longue, surtout si les services tardent à répondre aux demandes de renseignements complémentaires, mais l'efficacité du colloque singulier entre le conciliateur et le plaignant est démontrée. Les objectifs consistent à informer, à rétablir une communication mal perçue, à expliquer le déroulement parfois néfaste ou mal vécu d'un acte médical ou chirurgical. Mais le conciliateur intervient aussi comme intermédiaire entre les praticiens hospitaliers, les patients et l'administration. Ce rôle est parfois difficile dans la mesure où le médiateur n'a pas pour fonctions de juger, de sanctionner, ou de prendre partie, mais de chercher avec sagesse à rapprocher deux logiques opposées, celle du plaignant et celle de l'équipe médicale. Le médiateur tente toujours de mettre en rapport le plaignant avec le médecin responsable ou le chef de service, mais en pratique le malade accepte rarement de revoir le praticien avec qui la communication a souvent été mauvaise au cours de l'hospitalisation.

Les médecins conciliateurs de CHU souhaitent aujourd'hui confronter leurs expériences, leurs difficultés, leurs idées. Une association des conciliateurs de CHU est en cours de formation. Un colloque pourrait avoir lieu sur cette question prochainement à Dijon et serait l'occasion d'informer les autres CHU des spécificités de la médiation à Dijon, dans la mesure où elles ont prouvé leur pertinence dans le traitement de certaines catégories de réclamations des patients.

## 1.2. Des spécificités sources d'efficacité

### *1.2.1. Un médiateur retraité*

D'après le rapport Evin relatif aux droits de la personne malade<sup>1</sup>, si la conciliation n'avait pas connu le développement escompté dans les hôpitaux parisiens, et si moins d'une centaine sur cinq mille cinq cents réclamations adressées aux hôpitaux de l'AP-HP avaient été soumises à un conciliateur médical, cela s'expliquait par les doutes fréquents des patients sur l'indépendance des conciliateurs médicaux par rapport au corps médical hospitalier dont ils sont la plupart du temps d'anciens chefs de service.

---

<sup>1</sup> Rapport présenté en séance publique les 11 et 12 juin 1996 au nom du Conseil Economique et Social par M. Claude Evin - 194p.

La désignation du médiateur parmi les praticiens exerçant dans l'établissement pose donc problème quant à l'indépendance de celui-ci vis-à-vis des patients. Par ailleurs, les chefs de service acceptent parfois mal l'intervention d'un collègue encore en exercice. Il a donc paru souhaitable que le médiateur ne soit plus un praticien en exercice et soit ainsi moins soupçonné de partialité. Il faut noter également qu'il est très difficile de trouver dans les établissements de santé des chefs de service disposant d'une disponibilité suffisante pour remplir un double rôle de responsable de service et de médiateur. Quant aux médecins non chefs de service, ils ne souhaitent pas la plupart du temps exercer les fonctions de médiateur.

### *1.2.2. Une permanence assurée par le médiateur*

D'après les textes, afin d'exercer sa mission d'assistance, d'orientation et d'information, la commission est tenue d'organiser une permanence au moins hebdomadaire, assurée par un ou plusieurs de ses membres et facilement accessible aux usagers. Actuellement, à Dijon, seul le médiateur assure ces permanences, une fois par semaine. Dans sa réunion du 30 mars 2000, les membres de la commission ont indiqué qu'ils ne souhaitaient pas de modification du fonctionnement des permanences et demandé qu'elles continuent à être assurées par le médiateur.

Compte tenu du très faible recours à ces permanences, il est en effet très difficile de trouver un membre de la commission, autre que le médiateur lui-même, acceptant de les assurer. A fortiori, il est encore moins aisé à l'heure actuelle de faire appel, comme le précise la circulaire, à des médecins ou des infirmiers exerçant ou ayant exercé dans l'établissement, à défaut de disponibilité des membres de la commission. Encore faudrait-il d'ailleurs que ces volontaires aient une bonne connaissance de l'hôpital et une formation juridique minimum pour pouvoir renseigner utilement les demandeurs !

En effet, la permanence doit pouvoir permettre la mise en relation du patient avec les acteurs concernés en cas de dialogue absent, insuffisant ou conflictuel avec ces derniers (directeur, chef de service, médecin du service, cadre infirmier...), ce qui suppose une légitimité reconnue par l'ensemble des personnels hospitaliers. On peut supposer que celle-ci est plus grande si la personne fait officiellement partie de la commission dont la composition doit normalement faire l'objet d'une large publicité.

La permanence est également un lieu d'information sur les voies et délais de recours devant tant l'établissement que les juridictions lorsque l'utilisateur ne souhaite pas

dialoguer ou que le dialogue n'aboutit pas. Ceci suppose nécessairement un minimum de connaissances juridiques.

La circulaire ajoute qu'il est souhaitable qu'une permanence soit tenue sur chacun des sites de l'établissement si celui-ci en comporte plusieurs. Le CHU de Dijon comporte trois sites, même si dans un horizon relativement proche (2007), le site du centre ville est destiné à disparaître. Les permanences ne sont actuellement assurées que sur le site de l'hôpital général, mais le règlement intérieur mentionne dans son article 4 que le médiateur peut se déplacer à la demande d'un patient ou d'une famille sur le site du Bocage ou à l'hôpital gériatrique de Champmaillot.

Remarquons que la question des permanences constitue, d'après l'enquête réalisée au printemps dernier par le CHU de Bordeaux, le point faible du dispositif pour l'ensemble des établissements de santé et en particulier pour ceux de petite taille. En effet, les deux tiers de ces permanences ont reçu moins de trois usagers depuis leur mise en place ; les patients expriment en effet leur mécontentement par d'autres voies, comme le courrier, l'entretien téléphonique, ou la prise de rendez-vous avec un représentant de l'institution. Face à cette situation, la permanence téléphonique ou administrative semble plus adaptée et plus souple que la permanence hebdomadaire. Pour l'instant, le médiateur à Dijon ne rencontre pas de problèmes particuliers pour assurer cette permanence, qu'il met à profit pour mettre à jour ses dossiers. Cependant on peut se poser la question de la pérennité à terme de la permanence de cette commission en cas de moindre disponibilité de son président.

### *1.2.3. L'accès direct à la commission*

Si on applique strictement les textes, toute réclamation doit d'abord passer par le directeur, qui en accuse réception, et doit être présentée par écrit. Le décret a en effet prévu que « chaque demande et réclamation est présentée par écrit ; le directeur en accuse réception ; il donne la possibilité à toute personne qui ne peut s'exprimer que par oral de voir sa demande ou réclamation consignée par écrit. Mention de ces demandes et réclamations et des réponses qui leur sont faites est consignée dans un registre tenu à la disposition des membres de la commission, dans le respect des règles relatives au secret médical et à la vie privée »<sup>1</sup> ; il apparaît donc clairement que le patient doit d'abord saisir le directeur et qu'il doit le faire par écrit. La circulaire reprend des termes quasiment iden-

---

<sup>1</sup> Article R.710-1-6 du code de la santé publique.

tiques à ceux du décret dans son paragraphe III.1 consacré au rôle du directeur ou du représentant légal : « Le directeur accuse réception de chaque demande et réclamation écrites et donne la possibilité à toute personne qui ne peut s'exprimer que par oral de les voir consignées par écrit. Il répond à son auteur. »

Force est de constater que ces dispositions sont quelque peu contradictoires avec l'obligation faite à la commission de tenir une permanence au moins hebdomadaire. Cela signifie en effet que les patients ne peuvent pas en théorie déposer une réclamation directement à la permanence, puisque le directeur n'est pas membre de la commission.

En pratique, la permanence à Dijon est accessible directement aux requérants, même si celle-ci, comme le rappelle la circulaire, n'est pas « un lieu d'enregistrement des réclamations ». Les requérants ont également la faculté de demander à rencontrer un membre de la commission en particulier ou la commission réunie (ce dernier cas ne s'est jamais produit). Mais, il est bien sûr normal que le directeur, premier intéressé par les demandes et réclamations présentées par les patients, dans la mesure où elles l'informent sur le plus ou moins bon fonctionnement de l'établissement, ne soit pas dessaisi de l'instruction des demandes d'information. Par conséquent, il est tacitement établi à Dijon qu'en cas de saisine directe de la commission, le directeur en est aussitôt informé. Ceci dit, ces facultés restent théoriques dans la mesure où les permanences sont tenues par le médiateur ; l'accès direct de celui-ci a donc plus de conséquences en pratique que celui de la commission.

#### *1.2.4. L'accès direct au médiateur*

Au CHU de Dijon, si le médiateur a directement connaissance d'une réclamation portant sur l'activité médicale, par l'intermédiaire d'une lettre adressée par un patient ou tout autre interlocuteur, il s'accorde la possibilité de traiter directement l'affaire même s'il s'en entretient préalablement avec le directeur. Ce n'est cependant qu'exceptionnellement, et toujours avec l'accord du directeur, qu'il répond directement au requérant.

Si ce système a été entériné par la direction, c'est parce qu'il repose sur la conviction profonde que la rapidité de traitement d'une affaire est un gage d'efficacité. En effet, plus un problème est examiné rapidement, plus il a de chances de ne pas dégénérer en conflit, et donc en contentieux.

La deuxième raison pour laquelle ce système a été mis en place repose sur l'idée que le médiateur doit être, pour rester neutre et insoupçonnable de partialité, accessible aux deux parties.

#### *1.2.5. Une efficacité reconnue par les chefs de service*

Une des conditions essentielles de réussite du système de médiation médicale repose sur la confiance exprimée par le corps médical vis-à-vis du médiateur et de son action. A Dijon, cette confiance existe. Preuve en est l'enquête qui a eu lieu en mars 1999 auprès des chefs de service de l'hôpital et dont le tableau 1 retranscrit les résultats.

Questions		réponses (%)			
		oui	non	non réponse	ne sait pas
1.	La médiation médicale pratiquée au Centre Hospitalier Universitaire de Dijon vous paraît-elle utile ?	100	0	0	0
2.	La médiation médicale pratiquée au Centre Hospitalier Universitaire de Dijon vous paraît-elle efficace ?	94	0	2	4
3.	Pour chaque dossier traité, un rapport est établi par le médiateur médical, et une réponse adressée par le directeur général au patient avec copie aux acteurs concernés.  Ces documents vous permettent-ils d'être informés dans le strict respect du secret médical ?	79	4	8	10
4.	Les réflexions et réponses apportées par le médiateur médical et le directeur général concernant les litiges, relatives à l'activité de votre service, vous donnent-elles satisfaction ?	79	2	8	12
5.	Le mode d'intervention habituel du médiateur est en règle générale le suivant :  <ul style="list-style-type: none"> <li>– accord du ou des médecins concernés,</li> <li>– accord du patient, y compris pour consulter son dossier,</li> <li>– rencontre avec le patient ou sa famille,</li> <li>– discussion avec le ou les médecins concernés.</li> </ul> Ce mode d'intervention vous paraît-il satisfaisant ?	94	2	4	0
6.	Avez-vous été impliqué dans des plaintes de patients conduisant à des recours gracieux ou des procédures judiciaires, après intervention du médiateur ?	23	67	10	0
7.a	Considérez-vous que les réclamations des patients sont en général justifiées ?	42	17	15	25
7.b	Considérez-vous qu'elles contribuent à améliorer la qualité des soins, de l'accueil, de la communication, ou de l'image de marque du CHU ?	63	13	12	12

Questions		réponses (%)			
		oui	non	non réponse	ne sait pas
8.a	Pensez-vous que la médiation médicale mise en place à l'Hôpital doit s'élargir : – aux relations Médecins Hospitaliers / Médecins Libéraux ?	46	44	4	6
8.b	– aux relations Hôpital / Médecins de caisses ?	52	38	4	6

*Tableau 1 : Enquête auprès des chefs de service  
(52 questionnaires reçus sur 76 envoyés)*

Les réponses aux cinq premières questions constituent un véritable satisfecit qui ne repose pas uniquement sur des éléments d'appréciation subjectifs. C'est ce que nous allons montrer maintenant en analysant concrètement les dossiers traités par le médiateur sur cinq années pleines.

## **2. Quelques éléments statistiques issus de l'analyse des dossiers**

Environ 285 dossiers ont été traités par le médiateur depuis que sa fonction a été mise en place<sup>1</sup>. Un tel nombre d'affaires permet de tirer quelques conclusions et de faire un bilan de son activité.

L'analyse qui suit a été réalisée sur cinq années pleines (1995 à 1999) pour permettre des comparaisons, même si le médiateur a débuté son activité au cours de l'année 1994. L'année 2000, inachevée, n'a pas non plus été incluse dans cette étude.

En retirant les années 1994 et 2000, ainsi que les affaires n'ayant pas donné lieu à un rapport du médiateur à la direction générale et les dossiers trop incomplets pour être exploitables, 189 dossiers au total ont donné lieu à l'étude statistique.

Une fiche d'analyse des dossiers, jointe en annexe, a été remplie pour chaque cas. Elle a donné lieu à un programme informatique permettant une saisie sur PC et la réalisation de tableaux statistiques que nous allons présenter maintenant.

<sup>1</sup> C'est-à-dire l'ensemble des dossiers à caractère médical.

### 2.1. Le mode de saisine du médiateur

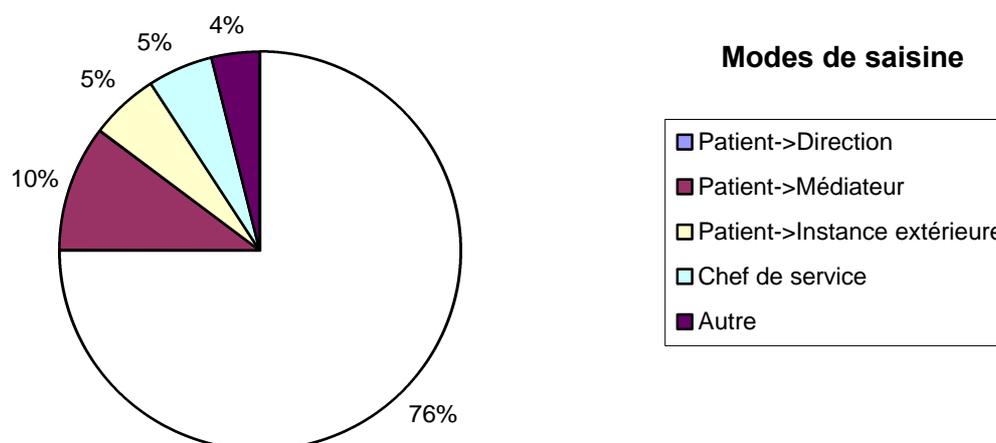
Le médiateur est saisi de manière variée ; afin d'être exhaustif, nous avons convenu qu'il pouvait l'être de cinq manières :

1. par la direction ayant reçu une réclamation d'un patient
2. par le patient ou sa famille directement
3. par une instance extérieure au CHU alertée par un patient ou l'un de ses proches
4. par une instance extérieure directement
5. par un chef de service

Une sixième possibilité avait été envisagée dans la fiche d'analyse : l'« auto-saisine ». Ce cas ne s'est en fait jamais présenté.

Il est à noter que le médiateur est parfois saisi par différents interlocuteurs sur une même affaire, lorsque le patient fait copie de son courrier de réclamation à des instances externes. Ces instances sont aussi variées que la Direction départementale des affaires sociales, la Mairie, le Ministère de la santé, la trésorerie, le Conseil de l'Ordre des médecins, l'Agence régionale de l'hospitalisation, le médecin inspecteur régional... La plupart du temps, lorsqu'une instance extérieure est alertée, la réclamation transite par la direction, même s'il arrive, par exemple dans le cas de l'Ordre des médecins, que le médiateur soit averti directement.

Le graphique 1 représente la part respective des différents modes de saisine sur les 5 années d'étude.

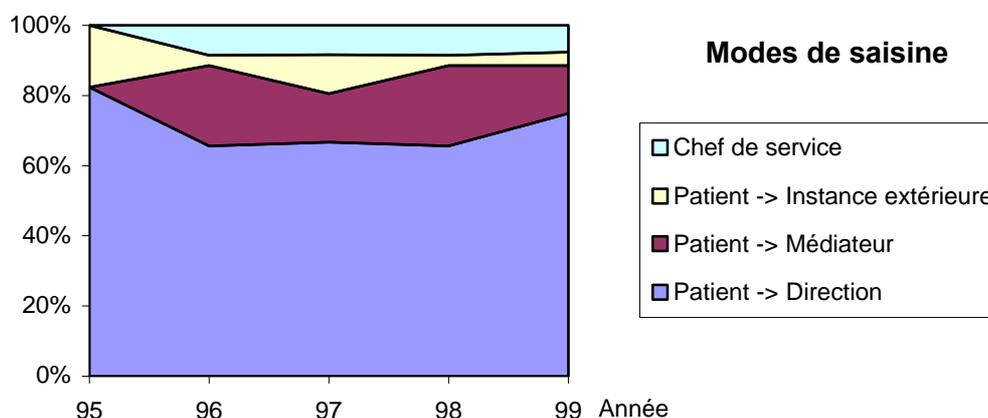


Graphique 1 : Modes de saisine

NB : La catégorie « Autre » inclut les cas de saisines multiples ainsi que les cas (très rares) de saisine par une instance extérieure directement.

On constate que c'est la direction qui est le principal organe de saisine du médiateur, ce qui confirme l'importance pour les patients et leurs familles d'alerter en premier lieu le directeur en cas de difficultés. Les lettres de réclamation sont en effet le plus souvent adressées au directeur général.

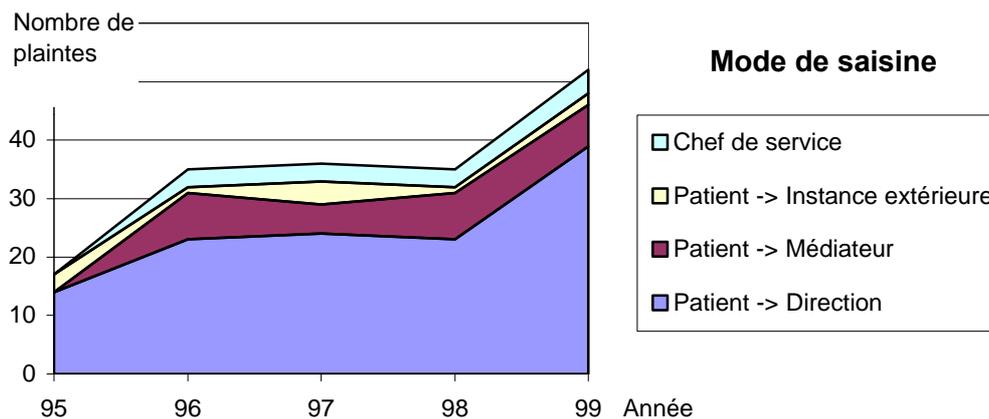
Le graphique 2 représente l'évolution des modes de saisine sur les cinq années hors catégorie « autre », soustraite afin d'éviter que les saisines multiples ne faussent les résultats.



*Graphique 2 : Evolution des modes de saisine dans le temps (en proportion)*

On s'aperçoit qu'aucun cas de saisine directe par les patients ou les chefs de service ne s'est présenté en 1995. Cependant, à partir de leur apparition en 1996, ces modes de saisine ont représenté un nombre de cas presque stable chaque année. Cette stabilité est même totale pour les chefs de service, qui représentent 7% des cas de saisine depuis 1996 ; la saisine directe par les patients est un peu plus erratique mais reste comprise dans un intervalle de 10 à 20% des cas.

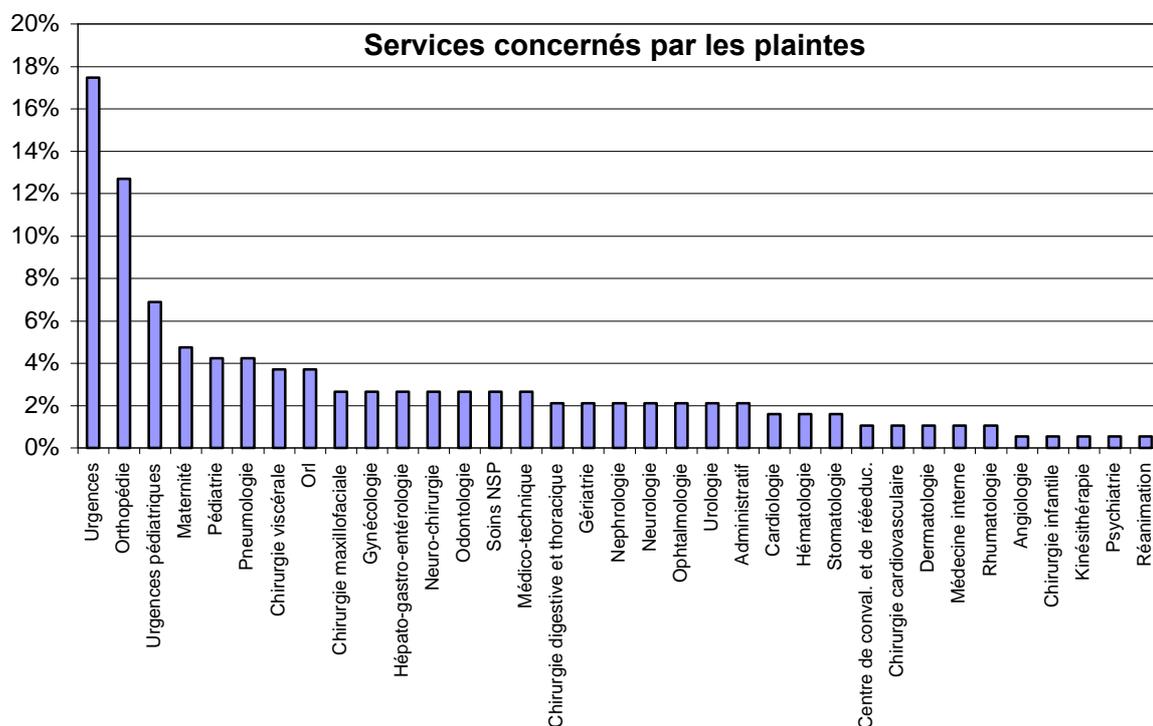
Le graphique 3 montre la répartition des cas de modes de saisine en nombre de cas et non en pourcentage.



Graphique 3 : Evolution des modes de saisine dans le temps (en nombre)

On constate une augmentation globale du nombre de plaintes, particulièrement en 1999. Seule la saisine du directeur augmente sensiblement en même temps.

## 2.2. Les services concernés



Graphique 4 : Services concernés par les plaintes

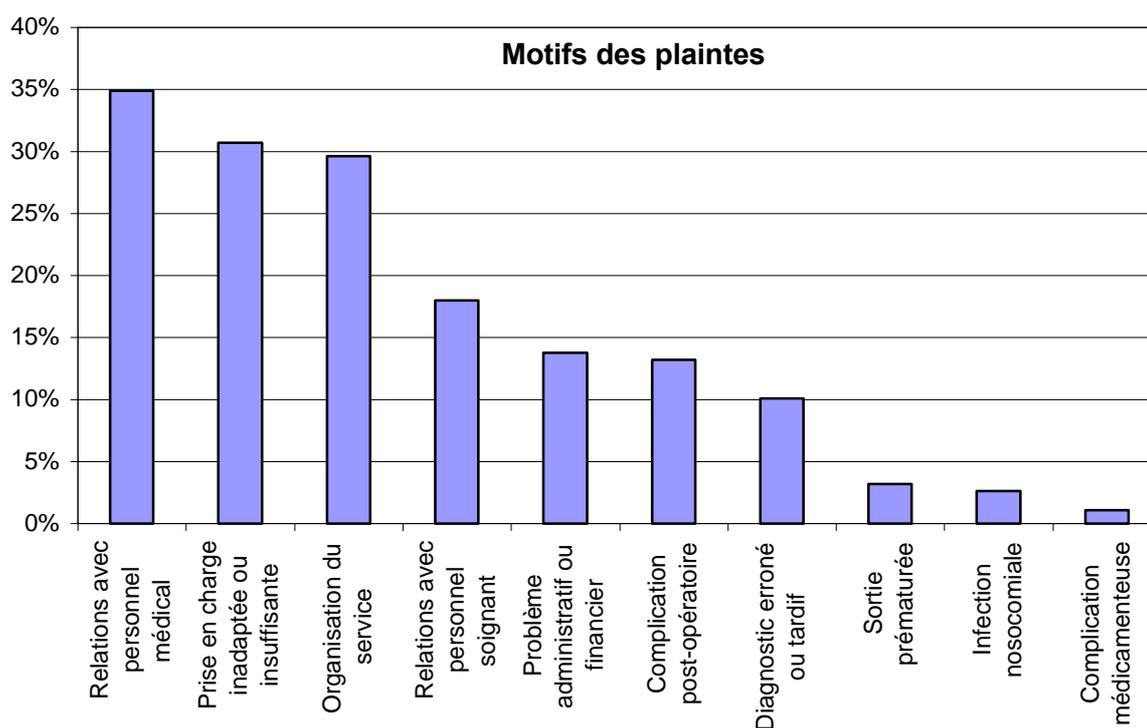
Le graphique montre que les services les plus touchés sont les urgences : à elles seules, les urgences adultes et pédiatriques représentent près du quart des dossiers.

L'orthopédie et la maternité totalisent également un nombre important de plaintes. Ces grandes tendances sont tout à fait conformes aux résultats d'enquêtes réalisées dans d'autres hôpitaux. Les urgences ont toujours représenté un foyer de mécontentement chez les patients souvent contraints de rester des heures à attendre des soins dans des conditions de confort précaires ; mais l'attente et l'inconfort ne sont pas les seuls points noirs des urgences ; c'est en effet souvent dans ce service que des erreurs de diagnostic sont réalisées, ce que nous verrons dans l'analyse croisée des services et des motifs..

Le service d'orthopédie est souvent confronté également à des problèmes de diagnostic et de complications postopératoires.

Quant à la maternité, c'est un service à risque à l'égard duquel les patients sont particulièrement exigeants.

### 2.3. Les motifs des plaintes



Graphique 5 : Motifs des plaintes

Il est important de souligner au préalable que les motifs de plaintes répertoriés ici sont les motifs allégués par les malades dans leurs lettres et qui ne sont bien sûr pas toujours fondés. Mais en matière de qualité, c'est bien la qualité perçue par les malades, et non la qualité objective, qui importe. Il revient ensuite au médiateur de rétablir la réalité

des faits et de l'expliquer aux requérants. Ces derniers invoquent souvent plusieurs motifs de mécontentement, ce qui explique que le total excède 100%.

Le graphique fait apparaître que les principaux motifs de plaintes dans les dossiers donnant lieu à intervention du médiateur concernent les relations avec le personnel médical (y compris les internes) et soignant. Le rôle premier de la médiation est donc bien de restaurer un dialogue entre l'équipe de soins et le malade et/ou ses proches.

Les problèmes de relations peuvent être d'ordres divers. Le plus souvent, il s'agit de problème de communication et de manque d'information médicale et/ou administrative (modalités de retour à domicile, facturation...).

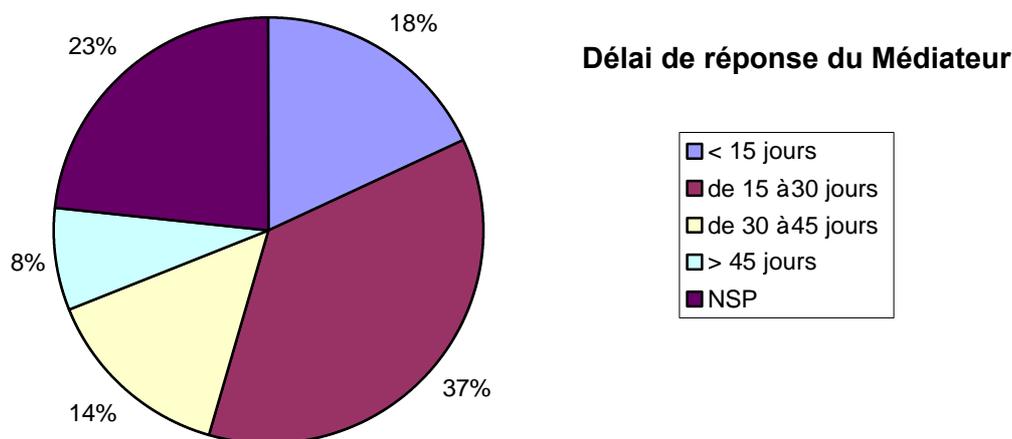
Les problèmes d'organisation du service regroupent essentiellement les cas d'attente jugée trop longue, d'inconfort des locaux, d'hospitalisation dans un service inadéquat et de manque de personnel.

Les problèmes administratifs ou financiers recouvrent surtout les cas où les malades, en général non satisfaits des soins qui leur ont été prodigués, contestent le paiement de la facture.

La catégorie « prise en charge inadaptée ou insuffisante » est une catégorie hétérogène de cas dont le point commun est une insatisfaction au regard des soins réalisés (ou non réalisés) par les médecins et/ou les soignants. A titre d'exemples, cela peut être un incident thérapeutique, une thérapie jugée inadéquate, un examen non pratiqué pour une raison X ou Y.

Les autres cas sont plus ciblés et ne nécessitent pas d'explication particulière.

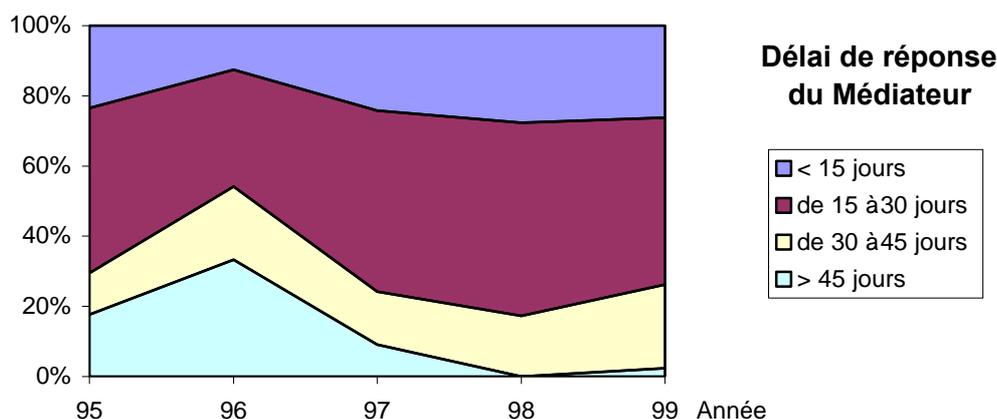
### 2.4. Les délais de réponse



Graphique 6 : Délai de réponse du médiateur

La catégorie NSP regroupe les cas où il n'a pas été possible de calculer le délai de réponse, ainsi que les cas où le médiateur n'a pas fait de rapport à la direction.

Le graphique 7 représente l'évolution de la part des réponses de moins de 15 jours, de 15 à 30 jours, de 30 à 45 jours et de plus de 45 jours, au cours des cinq années.

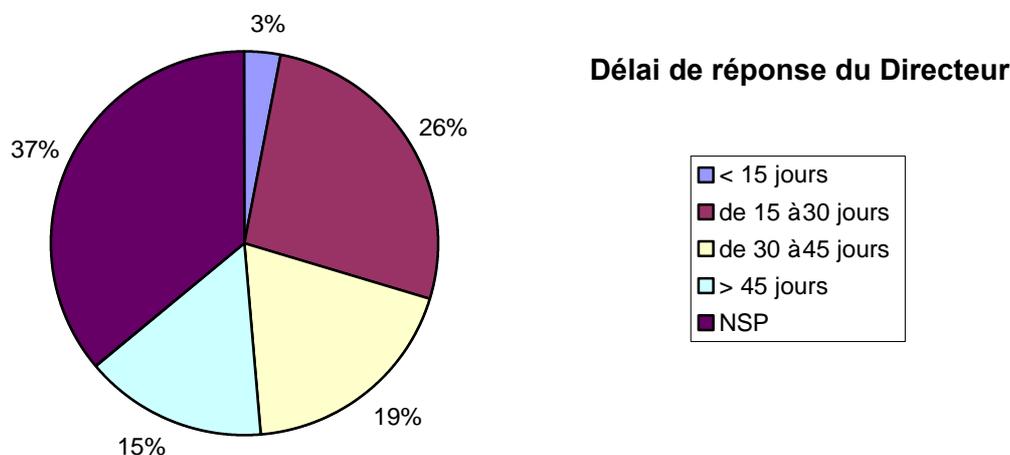


Graphique 7 : Evolution du délai de réponse du médiateur dans le temps

Mise à part la quasi disparition des délais de plus de 45 jours, qui reflète une amélioration du fonctionnement de la médiation, on ne constate pas d'évolutions frappantes sur les trois dernières années ; un effort semble devoir être fait pour augmenter la part des réponses de moins de 15 jours qui ne représentent que 20% des cas environ. Ce-

pendant, il faut tenir compte de délais incompressibles dus, par exemple, à une enquête complémentaire, aux périodes de congé des personnes concernées etc.

Le graphique 8 représente la répartition des délais de réponse de la direction.



*Graphique 8 : Délai de réponse du directeur*

La forte proportion de la catégorie « ne sait pas » s'explique par le fait que la direction générale ne répond pas systématiquement au requérant lorsque celui-ci n'a pas alerté la direction par exemple, ou lorsque l'entretien avec le médiateur et les éléments d'explication apportés par ce dernier ont paru suffisants.

L'effort pour raccourcir les délais de réponse doit être poursuivi, sachant que ce délai est bien sûr tributaire du temps que met le médiateur à remettre son rapport.

Il nous a paru intéresser d'aller au-delà de ces résultats et de déterminer, grâce à une analyse croisée, les relations qui peuvent exister entre un service et un motif de plainte afin de détecter quelles étaient les actions d'amélioration de la qualité à mettre en œuvre de façon prioritaire.

### 2.5. Analyse croisée Motifs/Service concerné

Dans l'analyse qui suit, nous nous sommes intéressés uniquement aux motifs et aux services concernés par les plaintes. Nous avons exclu les 5 cas sur 189 dont le service n'est pas connu (« Soins NSP ») ainsi que les 7 cas concernant plusieurs services. Puis, pour les 177 cas restant ne concernant qu'un service, nous avons compté autant de cas que de motifs concernés. Ainsi, pour un cas concernant le service  $S_x$  pour les motifs  $M_1$  et

$M_2$ , nous avons compté deux cas, un concernant le service  $S_x$  avec le motif  $M_1$  et un cas concernant le service  $S_x$  avec le motif  $M_2$ . Ceci permet de savoir le nombre de fois qu'un motif de plainte a été invoqué pour chaque service. Nous obtenons pour les 5 années concernées 275 cas répartis comme indiqué dans le tableau 2.

	Prise en charge inadaptée ou insuffisante	Diagnostic erroné ou tardif	Complication post-opératoire	Sortie prématurée	Complication médicamenteuse	Infection nosocomiale	Relations avec le personnel médical	Relations avec le personnel soignant	Organisation du service	Problème administratif ou financier	Total
Angiologie							1				1
Cardiologie	2		1			1		2			6
Centre de conval. et de rééduc.	1						1	1	1		4
Chirurgie cardiovasculaire	1						1			1	3
Chirurgie infantile		1									1
Chirurgie maxillofaciale	2	1	2					1	1		7
Chirurgie digestive et thoracique	1		2				2	2	1		8
Chirurgie viscérale			2	1			1	3	1	1	9
Dermatologie	1						1			1	3
Gériatrie	1							2	3	1	7
Gynécologie	1		1				4	1	1	2	10
Hématologie							3				3
Hépatogastro-entérologie	3	1					1	1			6
Kinésithérapie	1										1
Maternité	3	1	2	1			4	2	1		14
Médecine interne							2			1	3
Néphrologie	2						2	1	1		6
Neurologie							2	2	1		5
Neuro-chirurgie	2		1				2	1			6
Odontologie	1		1				1		2		5
Ophtalmologie	1		1				2			1	5
Orl	2		1			1	3		3	3	13
Orthopédie	7	1	8			2	9	5	3	1	36
Pédiatrie	4	1			1	1	2	3	3		15
Pneumologie	2	1		1	1		5	4	2		16
Psychiatrie	1										1
Réanimation							1				1
Rhumatologie		1								1	2
Stomatologie			1				1	2	1		5
Urgences	12	7		1			3	3	12	4	42
Urgences pédiatriques	5	2					5		5	1	18
Urologie			1				1	1	2	1	6
Médico-technique							2		3	1	6
Administratif										1	1
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>17</b>	<b>24</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>62</b>	<b>32</b>	<b>50</b>	<b>23</b>	<b>275</b>

Tableau 2 : Répartition des plaintes selon les services et les motifs

Il y a 34 services et 10 motifs de plaintes. Ceci est beaucoup, étant donné le faible nombre de dossiers en notre possession, pour faire une analyse statistique valable. Nous avons donc décidé de supprimer de l'analyse les services et motifs concernant peu de cas, c'est à dire ayant moins de cas que le nombre de cas moyen, soit  $275/34=9$  pour les services et  $275/10=28$  pour les motifs. Les services et motifs répondant à ce critère sont indiqués en vert dans le tableau 2 et sont donc peu concernés par les plaintes. Il reste 9 services et 4 motifs pour l'analyse.

	Prise en charge inadaptée ou insuffisante	Relations avec le personnel médical	Relations avec le personnel soignant	Organisation du service	Total
Chirurgie viscérale	<b>0</b> <i>1,5</i>	1 <i>1,5</i>	<b>3</b> <i>0,8</i>	1 <i>1,3</i>	5 <i>5,0</i>
Gynécologie	<b>1</b> <i>2,0</i>	<b>4</b> <i>2,0</i>	1 <i>1,2</i>	<b>1</b> <i>1,8</i>	7 <i>7,0</i>
Maternité	3 <i>2,9</i>	4 <i>2,9</i>	2 <i>1,7</i>	<b>1</b> <i>2,5</i>	10 <i>10,0</i>
Orl	2 <i>2,3</i>	3 <i>2,3</i>	<b>0</b> <i>1,4</i>	3 <i>2,0</i>	8 <i>8,0</i>
Orthopédie	7 <i>7,0</i>	9 <i>7,0</i>	5 <i>4,1</i>	<b>3</b> <i>6,0</i>	24 <i>24,0</i>
Pédiatrie	4 <i>3,5</i>	<b>2</b> <i>3,5</i>	3 <i>2,0</i>	3 <i>3,0</i>	12 <i>12,0</i>
Pneumologie	<b>2</b> <i>3,8</i>	5 <i>3,8</i>	<b>4</b> <i>2,2</i>	<b>2</b> <i>3,3</i>	13 <i>13,0</i>
Urgences	12 <i>8,7</i>	<b>3</b> <i>8,7</i>	<b>3</b> <i>5,1</i>	<b>12</b> <i>7,5</i>	30 <i>30,0</i>
Urgences pédiatriques	5 <i>4,4</i>	5 <i>4,4</i>	<b>0</b> <i>2,5</i>	5 <i>3,8</i>	15 <i>15,0</i>
Total	36 <i>36,0</i>	36 <i>36,0</i>	21 <i>21,0</i>	31 <i>31,0</i>	124 <i>124,0</i>

Tableau 3 : Comparaison des effectifs réels (caractères normaux) et des effectifs théoriques en cas d'indépendance (caractères italiques). Les caractères de couleur indiquent les cases s'écartant franchement du cas d'indépendance ; en vert pour les motifs et services se repoussant, en rouge pour les motifs et services s'attirant.

Le tableau 3 fait apparaître une forte corrélation entre :

- « Relations avec le personnel médical » et service de gynécologie ;

- « Relations avec le personnel soignant » et services de chirurgie viscérale et de pneumologie ;
- « Organisation du service » et service des urgences.

A l'inverse on constate une faible corrélation entre :

- « Prise en charge inadaptée ou insuffisante » et services de chirurgie viscérale, de gynécologie et de pneumologie ;
- « Relations avec le personnel médical » et services de pédiatrie et urgences ;
- « Relations avec le personnel soignant » et services d'ORL, d'urgences et d'urgences pédiatriques ;
- « Organisation du service » et services de gynécologie, de maternité, d'orthopédie et de pneumologie.

Il faut noter que nous indiquons ici des tendances qu'il faut relativiser par rapport au nombre de cas traités relativement faible. Les corrélations obtenues sont donc à interpréter avec la plus grande prudence.

Ces résultats seront bien sûr à mettre en relation avec ceux des enquêtes de satisfaction par service, afin de les infirmer ou de les confirmer, et d'engager ainsi des mesures d'amélioration de la qualité.

## III. Perspectives

L'avenir de la conciliation à l'hôpital peut être envisagé sous deux angles :

- en premier lieu, sous l'angle « local » : au CHU de Dijon, des transformations à court et moyen termes permettraient de renforcer son impact et son efficacité ;
- en second lieu, sous l'angle national : la conciliation est actuellement en débat au niveau gouvernemental. Même si la loi sur la modernisation du système de santé se fait attendre, il est fort à parier qu'elle s'inspirera sur cette question des propositions du rapport Caniard qui suggère une transformation des actuelles commissions de conciliation et la création d'une nouvelle structure régionale chargée d'assurer une véritable conciliation.

### 1. Au CHU de Dijon

---

Deux séries de propositions peuvent être faites pour améliorer la médiation à Dijon : à court terme, son fonctionnement pourrait être rendu plus transparent et plus efficace grâce à quelques modifications concrètes. A plus long terme, la création récente d'une seule direction de l'accueil, de la qualité et des droits des patients permet d'envisager l'intégration de la conciliation dans une gestion intégrée de l'ensemble des plaintes des usagers de l'hôpital.

#### 1.1. Améliorer le fonctionnement de la commission à court terme

##### *1.1.1. Une visibilité accrue*

Selon les termes de la circulaire du 1<sup>er</sup> juin 1999, tout doit être mis en œuvre pour que la permanence soit clairement identifiée, repérée et facilement accessible aux patients et à leurs proches : la date et les heures, ainsi que la liste des membres présents, doivent être affichées dans l'établissement et intégrées dans le livret d'accueil. Ces sup-

ports d'information doivent également rappeler les missions de la commission. Un secrétariat de cette permanence (prise de rendez-vous) peut être envisagé.

Le livret d'accueil ne mentionne pour l'instant que l'existence et le numéro de téléphone professionnel du médiateur. Il serait souhaitable de compléter cette information par des renseignements plus précis sur l'existence de la permanence, le rôle et la composition de la commission. En pratique, étant donné les fréquents changements partiels de composition de la commission, la durée de désignation des membres étant alignée sur la durée de leur mandat, il faudrait que les informations sur la commission soient inscrites sur une fiche mobile permettant une actualisation rapide et à moindre prix pour l'hôpital. On pourrait imaginer également que le CHU, à l'instar de ce qui se fait dans certains établissements, publics et privés, inclut ces mentions sur son site internet.

Dans sa réunion du 30 mars 2000, la commission s'est prononcée en faveur d'une meilleure information des patients sur l'existence et le rôle de la commission et du médiateur. Des affichettes mentionnant que les patients peuvent rencontrer le médiateur, un représentant des usagers ou le directeur, seront prochainement apposées dans les bureaux des entrées et les services.

La commission de conciliation est également trop peu connue par le personnel médical et surtout soignant. Madame Humblot, cadre infirmier et membre suppléant de la commission, a constaté par exemple que, même au sein de son service, certains soignants ignoraient l'existence et le rôle de cette structure. Monsieur Strauss a présenté son action à la commission du service des soins infirmiers lors d'une réunion à l'Ecole des cadres le 8 juin dernier qui a suscité de nombreuses questions. On pourrait également imaginer qu'un article sur la commission de conciliation, retraçant sa composition et ses missions, soit inclus dans un prochain bulletin trimestriel d'information du CHU.

### *1.1.2. Des locaux adaptés*

Selon Isabelle Lucas-Baloup, le directeur doit affecter des locaux spécifiques à la commission pour deux raisons :

- d'une part parce que la commission a une existence légale et une mission définie réglementairement, qui doit pouvoir être exécutée dans des locaux confortables où seront notamment entreposés les archives de la commission, ses rapports et ses recommandations ;

- d'autre part parce qu'il importe que le lieu de la permanence soit toujours le même et si possible que ce soit un lieu neutre réservé à l'accueil des patients et/ou de leurs proches.

Actuellement, le médiateur reçoit les requérants dans un bureau certes spacieux mais qui ne lui appartient pas en propre et qui n'est pas uniquement réservé à la médiation, et donc non signalisé comme tel.

### *1.1.3. Une formation pour les membres de la commission*

Les missions spécifiques de la commission n'ont rien à voir avec le métier exercé par ses membres, et Madame Lucas-Baloup a raison de faire remarquer qu'un excellent professionnel dans sa discipline peut en revanche manifester des performances modestes lorsqu'il s'agit de communiquer avec un patient et de répondre à des questions qui ne relèvent pas directement de l'acte technique dont il a la charge, même si de plus en plus le corps médical est sensibilisé à la nécessité de communiquer au mieux lors du colloque singulier notamment. Ainsi par exemple le responsable de la formation continue des médecins à l'AP-HP organise des sessions de deux à trois jours pour des petits groupes de dix à quinze personnes qui portent sur les bases de la communication. « L'aspect de la relation le plus souvent amélioré est l'écoute », écrit-il dans un article consacré aux formations à la communication intitulé « une réponse aux besoins exprimés par les patients »<sup>1</sup>. Les membres de la commission ont en outre une tâche spécifique à accomplir : celle d'informer les patients sur les voies de recours gracieux ou juridictionnels dont ils disposent, ce qui suppose nécessairement l'acquisition d'un minimum de connaissances juridiques ; il conviendrait donc que les membres de la commission aient quelques heures de formation dans une matière assez complexe et sujette à évolution.

Cependant cette formation n'aura d'intérêt que si les membres de la commission sont effectivement amenés à jouer le rôle qui leur est imparti par la circulaire du 1<sup>er</sup> juin 1999. A Dijon, la forte activité du médiateur occulte l'engagement somme toute assez faible des autres membres de la commission dans la médiation qui peuvent avoir le sentiment d'avoir « pris le train en marche ». Cependant, si cet engagement paraît mineur, cela doit être attribué en partie au fait que la commission ne fonctionne que depuis peu de temps et que ses missions ne sont pas exemptes d'ambiguïté dans les textes qui la régissent. L'enquête réalisée au printemps dernier par le CHU de Bordeaux le souligne : les

---

<sup>1</sup> In : Journal international de bioéthique - sept.1998 - p.131 et suivantes.

établissements interrogés estiment en effet que la fonction des membres de la commission, à l'exception du médiateur, reste à préciser.

#### *1.1.4. Le développement des relations avec l'assurance*

Au cours d'un déplacement à Rennes, le médiateur et le directeur des établissements ont eu l'occasion de prendre contact avec les dirigeants de la SHAM et ont convenu d'une rencontre avec la direction du CHU pour discuter d'une collaboration. Celle-ci serait certainement utile pour résoudre certains conflits médicaux plus simplement grâce à une meilleure connaissance des dossiers permettant ainsi des solutions mieux adaptées, sans nuire à la bonne gestion des dossiers par l'Assureur. En outre, le médiateur leur a demandé de rechercher par une évaluation statistique si la présence du conciliateur aura permis une diminution des affaires contentieuses en tenant compte de la nette croissance des réclamations. Un résultat démonstratif pourrait en effet conduire à une renégociation des primes et peut être du plafond des franchises en augmentation à l'heure actuelle.

Les responsables de la SHAM seraient disposés à participer à un colloque et ont demandé au médiateur d'en prendre l'initiative. Le médiateur a l'intention de soumettre un projet de rencontre à la Direction et à la commission de conciliation.

Au-delà de ces perspectives d'amélioration à court terme, il serait judicieux de profiter de la refonte de l'organigramme de direction du CHU pour intégrer la conciliation dans une politique générale de traitement des plaintes.

#### *1.2. Intégrer la conciliation dans une véritable politique de gestion des plaintes*

L'intervention du médiateur peut être considérée comme la voie de traitement d'une catégorie de réclamations bien particulière, à savoir celles qui mettent en jeu l'activité médicale. Le CHU de Dijon aurait tout intérêt à mettre en place une gestion intégrée de l'ensemble des plaintes reçues des patients. Ce traitement constitue en effet une obligation fixée par de nombreux textes dont nous rappellerons les principaux. Il pourrait s'appuyer sur une procédure centralisée et efficace que nous allons tenter de décrire de façon succincte.

### *1.2.1. Les obligations fixées par les textes*

Selon la circulaire du 9 février 1995 relative au traitement des réclamations adressées à l'administration, il convient de faire apparaître dans l'organigramme des services de l'hôpital une cellule, clairement identifiée, de traitement des réclamations. A cette tâche doit être affecté un personnel disposant de compétences juridiques certaines, sous la responsabilité d'un agent d'un niveau hiérarchique suffisant et qui aura reçu une délégation de signature lui permettant de prendre, dans la majorité des cas, les décisions ou les mesures qu'appellent ces réclamations.

La Charte du patient hospitalisé (circulaire du 6 mai 1995) indique pour sa part dans son dixième point, intitulé « Des voies de recours » que, indépendamment de la possibilité de répondre au questionnaire de sortie (...), une personne hospitalisée peut faire part directement au directeur de ses observations. Chaque établissement est invité à organiser un suivi de la qualité des soins et de l'accueil à partir notamment de l'examen et du traitement des questionnaires, des réclamations exprimées auprès du directeur et de son représentant et des plaintes ultérieures. Ce texte préconise donc que les réclamations donnant lieu à intervention du médiateur ne soient pas déconnectées du reste des réclamations, y compris celles qui constituent de véritables plaintes, et des remarques des patients inscrites dans les questionnaires de sortie.

Cette approche est confortée par l'article R.710-1-8 du décret du 2 novembre 1998 selon lequel le directeur non seulement informe la commission du nombre, de la nature et de l'issue des recours gracieux ou juridictionnels mettant en cause l'établissement de santé, mais aussi lui présente le résultat de l'analyse des observations des patients figurant dans les questionnaires de sortie ainsi que le résultat de toute autre enquête concernant l'évaluation régulière de la satisfaction des patients.

Ce même décret, ainsi que la circulaire du 1<sup>er</sup> juin 1999, exigent que l'ensemble des demandes et réclamations, sans distinction, et des réponses qui leur sont apportées, soient consignées dans un même registre tenu à la disposition des membres de la commission, dans le respect des règles relatives au secret médical et à la vie privée.

Par « demande » au sens du décret, il faut entendre les requêtes de tous ordres : demande de communication ou de transfert du dossier médical, de remise gracieuse de frais d'hospitalisation etc. Sans constituer des réclamations à proprement parler, les demandes ont pour antécédents les difficultés que rencontrent les patients ou leur famille à être pris en charge selon leurs besoins ou convenances.

Toute lettre de demande ou réclamation écrite signalant un dysfonctionnement ou demandant réparation d'un préjudice doit donc être transmise au directeur qui jugera des modalités de la suite à donner. Il ne peut y être dérogé, pour les réclamations qui à l'évidence ne révèlent aucune demande d'indemnisation présente ou à venir, que dans les cas où la lettre est adressée nominativement à un agent ou un praticien de l'hôpital en vue d'une réponse personnelle du destinataire.

Enfin, il n'est pas inutile de mentionner le Manuel d'accréditation de l'ANAES qui comporte un référentiel « Droits et information du patient », qui lui même contient une référence (la huitième) selon laquelle les réclamations et/ou plaintes des patients font l'objet d'une gestion particulière. Cette référence est décomposée comme suit :

DIP.8.a : Un lieu d'écoute, où les réclamations et/ou plaintes sont prises en compte, est mis à (la) disposition (des patients).

DIP.8.b : Des procédures de conciliation, dont les patients et les professionnels sont informés, sont organisées dans l'établissement.

*DIP.8.c : Toutes les réclamations et/ou plaintes des patients sont analysées et ont une réponse.*

DIP.8.d : Les secteurs d'activité concernés sont tenus informés de tout contentieux avec un patient.

On comprend dès lors que le traitement des réclamations doit être intégré, quel que soit leur objet, et constitue une ardente obligation pour le directeur d'hôpital. Une procédure simple peut être mise en œuvre afin de traiter ces réclamations de la manière la plus efficiente possible.

### *1.2.2. Procédure de traitement des réclamations*

#### a) Réception des réclamations

En pratique, les lettres de réclamation sont adressées à des personnes diverses : directeur général, autre directeur, président du conseil d'administration, chefs de service, médecins, commission de conciliation...

Il convient que toutes ces lettres soient transmises sans délai à la direction des droits des patients, qui les enregistre, en mentionnant leur numéro d'ordre (ex : 2000-1, 2000-2...). Ce registre sera complété au fur et à mesure du traitement de l'affaire. Le directeur enregistre également les réclamations orales des usagers, qui sont toutes orientées vers cet *interlocuteur unique*. En effet, l'analyse des réclamations doit être effectuée par la même personne, l'appréciation des motifs d'une réclamation pouvant varier d'une personne à l'autre.

Pour respecter le secret médical et la vie privée des plaignants, le registre doit seulement mentionner les demandes et réclamations et les réponses apportées (date de la demande ou réclamation, nom de l'usager, objet de la demande ou réclamation, date de la réponse). Les éventuels documents médicaux, annexés aux demandes et réclamations ou aux réponses, ne peuvent être consultés que par le médecin conciliateur s'il a reçu une autorisation écrite du plaignant. Les autres documents (non médicaux) peuvent être consultés par les membres de la commission, qui sont alors tenus au secret professionnel.

Le registre pourrait comporter les rubriques suivantes :

- le numéro d'ordre
- les prénom et nom du requérant
- la date d'enregistrement de la requête
- le but recherché : est-ce un simple témoignage ou le requérant recherche-t-il une réparation ou une sanction ?
- les motifs de la réclamation
- la réponse faite, datée
- la suite donnée à la réclamation le cas échéant :
  - transmission au médiateur
  - transmission à l'assureur
  - contentieux
- l'action ou les actions d'amélioration engagée(s).

Il arrive que le médiateur soit directement saisi d'une affaire. Dans ce cas, et si la réclamation a bien trait à l'activité médicale, il est admis, pour les raisons que nous avons étudiées précédemment, qu'il peut traiter l'affaire, sous réserve qu'il en informe au préalable le directeur.

Le registre devra être informatisé, ce qui nécessite une déclaration préalable à la CNIL.

Il est tenu à la disposition des membres de la commission de conciliation.

b) Lecture de la lettre

Chaque lettre fait l'objet d'une lecture attentive et complète.

Cette lecture permet de :

- identifier une demande très précise du patient dont le traitement relève d'un autre service ou institution. Toute transmission fait l'objet d'une information à l'utilisateur lui permettant d'identifier son nouvel interlocuteur ; cette information sera donnée dans la lettre accusant réception.
- répertorier le ou les services concernés dans l'hôpital, auxquels il conviendra de demander les éléments de réponse sur des points particuliers.
- analyser parallèlement les motifs d'insatisfaction des usagers, afin de faire de ces lettres un véritable outil d'amélioration continue de la qualité.

Pour cela il conviendrait de remplir une grille d'analyse des réclamations qui aurait la forme d'un tableau à double entrée. En ligne seraient répertoriés l'ensemble des services de l'hôpital : services de soins stricto sensu, consultations externes, moyen et long séjour, alternatives à l'hospitalisation, services administratifs. En colonne seraient listés les motifs de plainte.

A partir de cette grille, une analyse sérielle des données pourrait permettre de faire ressortir les tendances générales de l'insatisfaction des usagers. Ces données seraient agrégées annuellement et analysées au regard des autres outils d'analyse de la satisfaction des patients, en particulier les questionnaires de sortie ; une fois par an, le directeur des droits des patients présenterait aux instances représentatives de l'hôpital les données issues de cette analyse. Cette présentation serait effectuée avec le médiateur qui présenterait les enseignements tirés de l'examen des réclamations présentant un caractère médical et des médiations menées.

c) L'accusé de réception

- Toute lettre de réclamation qui ne donne pas lieu à une réponse argumentée dans les jours qui suivent sa réception donne lieu à un accusé de réception.

- En effet, en dehors des réclamations qui s'analysent comme une demande d'information pouvant être renseignée immédiatement, la plupart des réclamations requièrent des compléments d'enquête imposant un délai avant de pouvoir répondre.
- L'AR est adressé au requérant dans un délai de trois jours.
- L'AR :
  - fait savoir au requérant que sa lettre a bien été reçue ;
  - reprend les points essentiels de la lettre de façon concise, sans rentrer dans les détails exposés, notamment si le patient présente une liste de griefs ;
  - informe le requérant sur les modalités de traitement de sa réclamation, en particulier si des investigations longues semblent s'imposer ;
  - indique au requérant demandant une indemnisation que faute d'une décision expresse de l'établissement dans un délai de quatre mois, la demande sera réputée rejetée ;
  - précise le nom et les coordonnées de l'interlocuteur référent de l'hôpital qui a en charge le traitement de sa réclamation. Il peut être proposé de prendre contact avec lui, si nécessaire pour un entretien.

d) Transmission au médiateur des réclamations mettant en cause l'activité médicale

L'ensemble des réclamations écrites susceptibles de mettre en cause l'activité médicale, à l'exception de celles qui constituent un recours gracieux ou juridictionnel, sont transmises, pour traitement de l'affaire, au médiateur. Celui-ci informe le directeur des droits des patients conformément à l'article R.710-1-7 du code de la santé publique (le médiateur rend compte de son intervention ou action au directeur de l'EPS).

e) L'enquête

- Organisée à l'initiative du directeur des droits des patients, elle consiste à demander aux responsables du(des) service(s) concerné(s) leur explication des faits contestés ; la lettre de demande d'explication reprend l'ensemble des points de la réclamation qui demandent explication.
- Les éléments de réponse des services doivent parvenir à la direction dans un délai maximal de 15 jours, afin que le délai de réponse au patient n'excède pas un mois à compter de la date à laquelle il a adressé son courrier.

## f) La réponse

La lettre de réponse au requérant :

- traite de l'ensemble des motifs de mécontentement évoqués, y compris ceux qui peuvent apparaître comme secondaires ;
- est écrite par le directeur, et non le(s) service(s) mis en cause. Les éléments de réponse fournis par ce(s) service(s), de même que le rapport du médiateur, ne sont pas joints : il s'agit d'informations de l'enquête interne qui la plupart du temps n'ont pas été rédigées pour être adressées directement au patient ;
- reformule la demande du requérant de façon claire et concise, sans rappeler les faits de façon fastidieuse ;
- présente des excuses en cas d'erreur ou de dysfonctionnement ;
- exprime les arguments dans un ordre qui satisfait le raisonnement et la chronologie des faits ;
- évite les explications trop techniques et les références réglementaires ;
- évite toute autosatisfaction, même si reprend les points positifs exprimés par le patient le cas échéant ;
- aboutit à une conclusion. Celle-ci évoque les solutions qui demeurent ouvertes au requérant si on ne lui donne pas satisfaction : l'appel au médiateur, les voies de recours juridictionnelles ;
- insiste sur les mesures prises pour remédier aux dysfonctionnements ;
- remercie le patient de son témoignage qui pourra nourrir la réflexion sur l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients.

L'ensemble de cette procédure peut être synthétisée sur la figure 1.

L'avenir d'une telle procédure pourrait cependant être hypothéqué par les réflexions nationales en cours sur ce sujet qui prévoient notamment la création éventuelle d'une commission de la qualité de la prise en charge et des relations avec les usagers pouvant recevoir et examiner directement les plaintes et réclamations des usagers.

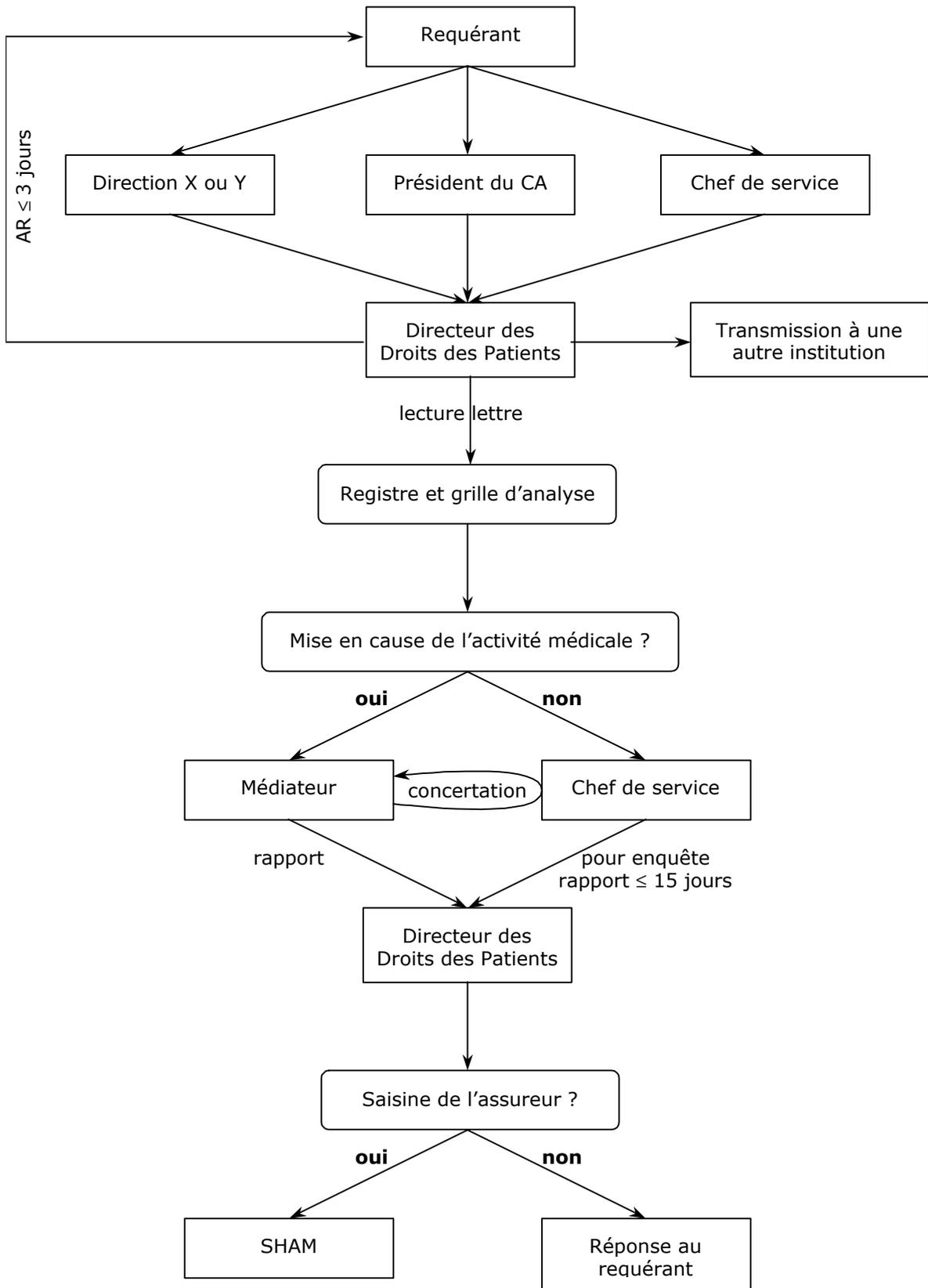


Figure 1 : Schéma de la procédure de gestion des réclamations

---

## 2. Incertitudes théoriques et mouvements de fond

---

Un mouvement général d'accroissement des droits et prérogatives des usagers est actuellement à l'œuvre et se traduit dans des domaines aussi variés que la mise en cause facilitée de la responsabilité pénale des praticiens, le débat sur l'indemnisation de l'aléa thérapeutique ou encore la reconnaissance des associations de malades. Les transformations préconisées récemment par le rapport Caniard participent de ce mouvement en proposant l'instauration d'une véritable conciliation au niveau régional et d'une commission de la qualité au sein des établissements qui fait une large place aux représentants des usagers.

### 2.1. Des évolutions de plus en plus favorables au patient

#### *2.1.1. Un risque pénal accru pour les praticiens*

L'intérêt des praticiens hospitaliers pour les procédures de médiation va certainement s'accroître, dans la mesure où ils sont soumis à une jurisprudence pénale de plus en plus sévère à leur égard. En effet, si la faute a longtemps été la condition sine qua non de l'engagement de leur responsabilité pénale, il n'en est plus de même aujourd'hui. La loi du 13 mai 1996<sup>1</sup>, modifiant le Code pénal a en effet prévu une responsabilité sans faute résultant d'une négligence, d'une imprudence ou de la violation manifeste d'un texte, même s'il est tenu compte de la nature des missions du praticien, de ses compétences ainsi que du pouvoir ou des moyens dont il disposait au moment de l'acte médical.

La Cour de Cassation a ainsi estimé dans un arrêt du 19 février 1997 qu'un anesthésiste était condamnable parce qu'il n'avait pas « accompli les diligences normales lui incombant, compte tenu de ses fonctions, compétences ainsi que du pouvoir et des moyens dont il disposait ». Le médecin n'avait en effet pas commis une faute caractérisée mais une imprudence en décidant d'extuber une patiente. Cette condamnation laisse penser qu'une erreur de diagnostic sera susceptible d'engager non seulement la responsabilité professionnelle mais aussi pénale des praticiens. L'acte à risque laissé à la seule interprétation des magistrats saisis du dossier suffit donc à engager la responsabilité pénale du médecin sans qu'aucune faute médicale ne soit reconnue.

---

<sup>1</sup> Loi n°96-393 - JO du 14 mai 1996.

Les jurisprudences civile et administrative se montrent tout aussi sévères à l'égard des médecins. En matière d'information des malades notamment, deux arrêts du Conseil d'Etat du 5 janvier 2000<sup>1</sup> ont aligné sa jurisprudence sur celle de la Cour de Cassation en renforçant l'obligation d'information du patient. En effet, en dehors de la chirurgie esthétique, les juridictions administratives dispensaient traditionnellement les médecins hospitaliers d'informer les patients des risques exceptionnels de la thérapeutique envisagée. Le Conseil d'Etat considère désormais que « lorsque l'acte médical envisagé, même accompli dans les règles de l'art, comporte des risques connus de décès ou d'invalidité, le patient doit en être informé dans des conditions qui permettent de recueillir son consentement éclairé ». Cette information n'est pas requise en cas d'urgence, d'impossibilité ou du refus du patient d'être informé ; mais la seule circonstance que les risques ne se réalisent qu'exceptionnellement ne dispense pas les praticiens de leur obligation.

Ces deux arrêts opèrent un autre revirement jurisprudentiel : le CE impose désormais aux établissements publics de santé de rapporter la preuve que l'information a bien été donnée aux patients. La Haute Juridiction reprend à son compte la position adoptée par la Cour de Cassation dans son arrêt du 25 février 1997 selon laquelle celui qui est tenu légalement ou contractuellement à une obligation particulière d'information doit rapporter la preuve de son exécution. Cette preuve pourra néanmoins être rapportée par tous moyens. Dans son communiqué de presse, le Conseil indique avoir voulu promouvoir les conditions d'un dialogue plus confiant et transparent entre les médecins et les malades. Enfin, le Conseil d'Etat considère désormais que le préjudice résultant d'un défaut d'information doit s'analyser « en la perte de chance de se soustraire au risque qui s'est finalement réalisé ». Selon Jacques Moreau, la nouvelle solution peut être un nid à contentieux et la « médecine de demain risque de devenir le champ des experts et des juristes ».

### *2.1.2. L'indemnisation de l'aléa thérapeutique*

Dès juin 1996, le Conseil Economique et Social préconisait dans son rapport sur les droits de la personne malade la création d'une nouvelle autorité administrative indépendante dénommée « Commission nationale des accidents thérapeutiques » qui pourrait être saisie par toute victime d'accident grave et serait composée de représentants de l'Etat, des usagers, des professionnels de santé, des établissements de soins et de ma-

---

<sup>1</sup> CE, 5 janvier 2000, *Consorts Telle* - CE, 5 janvier 2000, *APHP*.

gistrats. Il y était proposé une mutualisation des risques graves associant tous les acteurs du système sanitaire.

Ce débat a été relancé en automne 1999, lorsque le Parlement a sollicité du Gouvernement un rapport sur l'indemnisation de l'aléa thérapeutique. Dans ce rapport, élaboré par les services de l'Inspection Générale des Affaires Sociales et de l'Inspection Générale des Services Judiciaires, les auteurs préconisent le maintien de la responsabilité pour faute des professionnels de santé, la création d'un fonds d'indemnisation des accidents thérapeutiques non fautifs graves et l'unification du contentieux de la responsabilité médicale au profit du juge judiciaire. Dans ce projet, toute personne s'estimant victime d'un accident thérapeutique peut solliciter une expertise médicale préfinancée par le fonds. Une commission régionale ou interrégionale d'expertise, composée de magistrats et de représentants du corps médical, est chargée de désigner les experts sur une liste nationale et de rendre un avis sur le régime d'indemnisation applicable.

Dans le cas d'un accident thérapeutique jugé fautif, l'assureur du professionnel de santé propose une indemnisation. A défaut d'offre, la victime peut saisir le juge qui statuera sur le principe de la réparation.

L'accident non fautif, défini comme le « dommage distinct de l'état pathologique initial du patient et de son évolution prévisible, subi à l'occasion d'actes de diagnostic ou de soins et dont les conséquences excèdent celles du simple échec thérapeutique (incapacité permanente d'au moins 50 %) », fait l'objet d'une proposition d'indemnisation intégrale des préjudices par la Commission nationale d'indemnisation, chargée d'administrer le fonds. En cas de désaccord, la victime peut saisir le juge qui statuera sur le montant de la réparation.

Cependant, l'avant projet de loi de modernisation du système de santé ne comporte aucun chapitre relatif à l'aléa thérapeutique.

### *2.1.3. La reconnaissance des associations de malades*

Dès mars 1997, Nicolas Brun, chargé de mission à l'Union Nationale des Associations Familiales, faisait remarquer dans *Gestions Hospitalières* qu'une « plate-forme inter-associative<sup>1</sup> avait été mise en place dès juillet 1996 regroupant plus de trente réseaux

---

<sup>1</sup> Il s'agit du CISS : Collectif interassociatif sur la santé, auteur d'un guide du représentant des usagers des établissements publics de santé.

appartenant à toutes les catégories prévues par le décret du 30 octobre 1996 relatif à la composition et au fonctionnement des conseils d'administration des établissements de santé : « Notre volonté est de réfléchir, tous ensemble, à ce que peut apporter la présence d'associations d'usagers dans les hôpitaux (...). On ne peut pas dire d'un côté que l'hôpital doit s'ouvrir vers la cité, et ne pas accepter dans le même temps que les représentants de la population puissent s'exprimer au sein même des établissements. Les usagers considèrent l'hôpital comme un lieu où ils vont recevoir une prestation vis-à-vis de laquelle ils ont des attentes et des demandes comme tout consommateur ».

A l'occasion de la réflexion ayant précédé l'adoption des ordonnances de 1996, les membres du CISS avaient indiqué aux pouvoirs publics leur volonté de voir la mise en place d'un système de conciliation graduée qui se situerait en dehors des établissements, comme cela se pratique dans d'autres pays. C'est le cas par exemple en Angleterre où, après une démarche en interne auprès d'un médecin de référence qui recueille les plaintes des patients, le citoyen non satisfait peut introduire un recours auprès du commissaire du National Health Service qui joue le rôle d'ombudsman. L'hôpital est obligé de communiquer son adresse à tous les patients.

L'avant projet de loi de modernisation du système de santé propose de renforcer notablement les prérogatives des associations de malades et d'usagers du système de santé, reconnues comme telles. Le projet comporte en effet un chapitre C consacré à la participation des usagers au fonctionnement du système de santé, qui reprend en grande partie les propositions du rapport Caniard. Ses auteurs suggèrent de reconnaître comme étant « d'utilité sanitaire » des associations de malades et d'usagers dans des conditions qui seront définies par décret en Conseil d'Etat. La décision portant reconnaissance d'utilité sanitaire tiendra compte notamment de l'activité effective et publique de l'association en vue de la défense des personnes malades, des actions de formation et d'information qu'elle conduit, de sa représentativité et de son indépendance. La décision sera prise pour cinq ans par le représentant de l'Etat dans la région, sauf pour les associations ayant vocation à proposer des représentants dans des instances à caractère national qui seront reconnues par le ministre de la santé.

Ces associations auront vocation à représenter les usagers dans les établissements de santé, les conseils régionaux de la santé ou la conférence nationale de la santé, à défendre les droits des malades, à participer à l'information des usagers sur les pathologies, leur prévention et leur traitement ou encore à assurer la formation des personnes appelées à représenter les usagers. Les associations pourront aussi participer à l'évaluation de la qualité des soins et de la prise en charge des malades et contribuer au proces-

sus d'accréditation des établissements de santé. Par ailleurs, tout employeur sera tenu de laisser au salarié représentant des usagers au conseil d'administration d'un établissement public de santé, le temps nécessaire pour se rendre et participer aux séances de ce conseil et aux réunions des commissions ; l'employeur ne sera pas tenu de payer comme temps de travail le temps passé par son salarié à ces séances ou réunions, mais il appartiendra à l'hôpital concerné de compenser la perte salariale.

Enfin, les usagers vont être amenés à intervenir de plus en plus dans le traitement des plaintes et des réclamations des malades. C'est du moins ce qu'a proposé le groupe de travail présidé par Monsieur Caniard dans son récent rapport qui suggère une transformation des actuelles commissions de conciliation.

## 2.2. La transformation des commissions de conciliation : propositions du Rapport Caniard

La Secrétaire d'Etat à la Santé et à l'Action Sociale a adressé le 13 janvier 2000 une lettre de mission à Monsieur Etienne Caniard, secrétaire du Comité d'orientation nationale des Etats Généraux de la Santé, le chargeant de mettre en place un groupe de travail afin de faire des propositions dans le domaine des droits des usagers du système de santé et notamment le développement des structures de conciliation et de médiation. Ce rapport prend acte des ambiguïtés de la procédure de «conciliation » mise en place par le décret du 2 novembre 1998 et suggère une transformation radicale du système actuel.

### *2.2.1. La nécessité d'une évolution*

La position de la commission de conciliation apparaît bien ambiguë aujourd'hui : on ne sait plus très bien en effet quel est son rôle : assurer un meilleur respect des droits des usagers ? Protéger l'institution hospitalière ? Ou ni l'un ni l'autre ce qui ne manque pas de renforcer son manque de clarté ?

D'après André Philibert, directeur adjoint du centre hospitalier de Chambéry, « le positionnement (de la commission) paraît être la principale difficulté. Une instance de conciliation n'est pas une instance de règlement des conflits. Elle doit se limiter à un rôle d'écoute et d'orientation, ne pas aller dans l'intervention, dans la défense de l'établissement. Ce rôle très limité risque de la faire ressentir comme une obligation supplémentaire et non comme un outil utile dans le contexte actuel d'augmentation des contentieux... Nous en avons fait a contrario l'expérience en créant dès 1996, avant

parution du décret, une instance qui a de fait dépassé son rôle. La tentation est forte de faire plus que pallier par le dialogue le manque de communication à l'hôpital. » Les directeurs d'hôpitaux dans leur ensemble considèrent que la commission doit être conçue comme un simple outil de désamorçage des plaintes et en aucun cas avoir le pouvoir d'engager l'établissement.

A l'inverse le collectif interassociatif sur la santé estimait dès le mois de novembre 1998 que la plupart des principes retenus perdaient de son sens l'idée de conciliation et que l'utilité de cette commission pour les usagers restait très incertaine. A Dijon, le médiateur a constaté à plusieurs reprises que les plaignants ne percevaient pas la fonction réelle de la commission et se présentaient parfois à la permanence avec l'idée d'exposer directement leur problème voire d'obtenir une indemnisation. Pour les associations, l'activité de la commission devrait répondre à l'ensemble des caractéristiques d'une réelle conciliation, dont l'importance est essentielle puisqu'elle peut conduire des usagers à renoncer à leurs droits d'action. Certaines associations expriment un point de vue plus radical encore : « le système actuel ne sert qu'à enterrer les plaintes et à empêcher d'aller au tribunal administratif. » De telles opinions montrent que faute de clarté les commissions ne sont pas vécues comme un progrès dans l'expression des droits des usagers.

Quant aux médecins, ils réfutent généralement à la commission le droit de définir ou même de se prononcer sur une éventuelle responsabilité médicale.

### *2.2.2. Les transformations proposées*

Le rapport Caniard, prenant acte de ces difficultés de positionnement, suggère de supprimer la commission de conciliation dans sa forme actuelle et de la remplacer par une commission de la qualité ; la structure chargée de concilier serait, elle, placée au niveau de la région.

#### a) Un lieu de dialogue au sein des établissements

S'appuyant sur l'analyse des débats des Etats généraux de la Santé, le groupe de travail considère qu'un lieu de dialogue intra-hospitalier est indispensable. La question de l'accès direct au dossier médical rend son existence encore plus nécessaire. En effet, le débat sur cette question est difficile, certains professionnels arguant du risque de perte de chance pour les malades si un accès direct mal organisé entraînait la disparition de certaines informations contenues dans le dossier. D'autres estiment au contraire que cet

accès facilité améliorera la qualité des dossiers. Quelles que soient les solutions retenues, il est évident que lorsque des difficultés subsisteront, elles nécessiteront l'organisation d'un dialogue qui doit pouvoir être mis en œuvre à l'intérieur de l'établissement. Cela permettrait une réelle possibilité d'explication, au-delà du simple accès au dossier, qui serait de nature à répondre aux attentes des usagers tout en apaisant les craintes des professionnels de santé.

Par ailleurs, il semble nécessaire de développer une fonction de médiation et de régulation dans les litiges entre les usagers et l'établissement, qu'il faudra définir précisément de façon à ne pas la confondre avec une phase précontentieuse. Il ne s'agirait en aucun cas de conciliation mais au maximum d'un début d'action de médiation entendue comme « l'action d'intervenir entre deux personnes pour les mettre d'accord ».

Enfin, ce lieu de dialogue pourrait être un véritable outil d'amélioration de la qualité par l'examen systématique des plaintes et réclamations ou des éloges, qu'ils soient directement adressés à ce lieu de médiation ou qu'ils soient traités d'une autre façon.

Ce lieu s'intitulerait « commission de la qualité de la prise en charge et des relations avec les usagers ». Le rapport Caniard suggère que sa composition soit identique à celle des commissions actuelles à savoir :

- le président de la CME ou son représentant
- un médecin, qui ne devrait plus être appelé conciliateur mais facilitateur ou médiateur, ou son suppléant
- un membre de la commission du service de soins infirmiers
- deux représentants des usagers membres du conseil d'administration ou désignés dans les mêmes conditions quand les usagers ne siègent pas au CA.

L'élargissement des missions de cette commission, notamment en matière de dialogue, d'information et de communication, conduit à recommander d'élargir sa composition à un membre du personnel infirmier ou aide-soignant et à un usager au-delà d'une certaine taille de l'établissement.

Elle serait convoquée par le directeur ou son représentant au minimum quatre fois par an (et non plus trois) et obligatoirement sur demande de deux au moins de ses membres. Le rapport préconise une intervention en amont de la commission sans toutefois la préciser davantage.

Comme aujourd'hui, l'utilisateur aurait le choix de sa voie de recours et ne serait pas contraint de faire une réclamation préalable auprès de l'établissement, de la commission de la qualité ni même de la commission régionale de conciliation, avant de saisir la justice. Par ailleurs, le rapport insiste sur le fait que la voie normale de traitement d'une réclamation resterait la direction qui ne doit pas être déresponsabilisée : en aucun cas la commission de la qualité ne serait le lieu de traitement des plaintes. Néanmoins, le rapport préconise que la commission puisse être saisie directement pour favoriser le dialogue au-delà des mesures d'information et d'orientation précédemment dévolues aux commissions de conciliation. Elle serait dans ce cadre tenue d'apporter une réponse aux sollicitations des usagers. Il y a dans ces dispositions une ambiguïté manifeste, voire une contradiction, qu'il sera nécessaire de faire disparaître si l'on veut que cette commission puisse apporter une véritable contribution à l'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge.

Les voies de recours et le traitement des plaintes et réclamations devront par ailleurs être clairement présentées dans le livret d'accueil. Toute réponse du directeur devra intervenir dans un délai défini, comporter la liste des voies de recours, expliquer le rôle de la commission de la qualité de la prise en charge et des relations avec les usagers, communiquer les coordonnées des représentants des usagers au sein de cette structure et indiquer les permanences de cette commission. De plus, celle-ci devra être informée de la requête en amont de l'intervention du médiateur afin que son rôle ne soit pas limité à la réception d'un compte rendu postérieur au litige. Le conseil d'administration débattrait au moins une fois par an de 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, sur la base d'un rapport présenté par la commission ; ce rapport, ainsi que les conclusions du débat, devraient être transmis à l'agence régionale de l'hospitalisation et au conseil régional de santé.

A la lecture de ces recommandations, on ne peut que s'interroger sur la lourdeur de la procédure suggérée et son manque de précision.

Sous prétexte de souplesse, au lieu d'apporter des réponses aux difficultés actuelles, le rapport propose des réformes qui risquent de les accentuer. En tout état de cause, si un nouveau texte est rédigé, il devra être beaucoup plus précis sur les relations entre la direction, le médiateur et la commission, ainsi que sur la procédure de traitement des plaintes. Le schéma contenu dans le rapport Caniard est à cet égard très confus.

Concernant les permanences, le rapport indique que le principe doit probablement être maintenu avec une fréquence adaptée à l'activité de l'établissement, un lieu et un contact téléphonique devant être prévus uniquement à cet effet le reste du temps.

Enfin, le développement du dialogue à l'intérieur des établissements devrait déboucher sur la création de maisons des usagers comme c'est le cas à Broussais considéré comme un modèle de démocratie sanitaire de proximité.

b) La création d'une commission de conciliation régionale

Le rapport préconise l'instauration d'une commission de conciliation extérieure au lieu du litige, à raison d'au moins une commission par région, éventuellement davantage dans de grandes régions ou des régions à forte densité d'offre de soins. Elle serait présidée par un magistrat, en exercice ou honoraire, ou par une personnalité qualifiée compétente en matière de procédures de médiation ou de conciliation, et composée de trois professionnels de santé (un médecin hospitalier, un médecin libéral, un responsable d'établissement de santé) et de trois représentants des usagers.

Ses missions pourraient concerner l'ensemble des plaintes du secteur sanitaire (médecine de ville et hospitalisation) et éventuellement du secteur médico-social. Pourrait être considérée comme plainte toute manifestation de mécontentement concernant le fonctionnement de l'établissement ou les soins qui y sont prodigués, ou relatif au comportement d'un professionnel de santé. La plainte pourrait concerner la qualité de soins, l'organisation des services, les questions financières, le respect du droit des malades ou la qualité des relations avec eux.

Si la commission estimait que les plaintes concernent un dysfonctionnement mineur et ne mettent pas en cause le droit des malades, elle pourrait décider de transmettre la plainte au directeur en lui demandant de traiter, ou de refuser de traiter le dossier s'il l'a déjà examiné, afin d'éviter l'encombrement de la commission.

La commission pourrait saisir le Conseil de l'Ordre pour poursuites disciplinaires ou faire appel des décisions de l'Ordre.

Si la plainte concernait la qualité des soins, elle pourrait recourir à un avis d'experts.

Enfin la saisine de la commission interromprait tous les délais de recours. Si les parties acceptaient la solution proposée elles concluraient un accord amiable à caractère transactionnel.

# Conclusion

D'après Antoine Levasseur, « une bonne explication apportée par une personne compétente et compréhensive correspond parfois le mieux à l'attente d'un usager qui ne demande quelquefois pas tant une sanction ou une réparation qu'un éclaircissement ou la correction d'une insuffisance de l'administration »<sup>1</sup>.

Voilà pourquoi la médiation, malgré les débats houleux qu'elle suscite, n'est pas prête de disparaître du milieu hospitalier, parce qu'elle seule permet une confrontation/argumentation des deux parties, et peut ainsi effacer le sentiment de négligence ressenti par le patient.

En outre, l'un des apports majeurs des commissions de conciliation dans les hôpitaux réside dans le décloisonnement qu'elles contribuent à instaurer entre direction, médecins, soignants et usagers. La diversité de leur composition permet en effet de rapprocher des mondes animés de logiques traditionnellement opposées mais qui peuvent s'enrichir de leurs connaissances mutuelles. Cette diversité permet une approche transversale des dysfonctionnements dont souffre l'hôpital. Par ailleurs, comme me l'a fait remarquer au cours d'un entretien Madame Humblot, cadre infirmier membre de la commission de conciliation au CHU de Dijon, la commission, par son existence même, peut désamorcer certains conflits, dans la mesure où dès leur entrée à l'hôpital, grâce au livret d'accueil, les malades savent qu'une instance existe au sein de l'établissement prête à entendre leurs doléances.

Cependant, la commission de conciliation n'a d'intérêt que si elle fonctionne en liaison avec les autres organes de l'hôpital chargés de la gestion des risques, en particulier les vigilances, et de la qualité. En effet, seule une vision globale des dysfonctionnements, exprimés tant dans les questionnaires de sortie que dans les plaintes ou les fiches de déclaration d'événement indésirable remplies par les services, permet d'y apporter des

---

<sup>1</sup> Les transactions – L'exemple de l'AP-HP – in : AJDA 20 janvier 1997

---

solutions efficaces. Le défaut de communication entre ces organes peut être considéré comme un obstacle majeur à la mise en place d'une politique de gestion des risques et des plaintes.

Par ailleurs, il est très important que des liens soient instaurés avec les services de soins ; ceux-ci doivent en effet collaborer à l'action de la commission et des autres structures chargées de la qualité, et non les considérer comme des outils de contrôle et de sanction. Les unités de soins sont en effet les premières à pouvoir identifier les situations qui risquent de dégénérer en plaintes. Elles doivent donc, sauf lorsqu'un traitement de proximité paraît suffire, transmettre toute information à la commission. En retour, elles doivent être informées des suites données aux réclamations le cas échéant. C'est également à ce niveau que les recommandations de la commission peuvent être mises en oeuvre, avec le soutien technique de cette dernière. Le chef de service et le cadre infirmier ont un rôle majeur dans ces domaines et pourraient être, comme le suggère Jean-Louis Pourrière<sup>1</sup>, les correspondants « qualité-risques » de la commission. Ils devraient sensibiliser l'ensemble du personnel médical et soignant du service à l'importance de la communication, grâce par exemple à un temps de rencontre médecin/famille qui constitue une prévention primaire des plaintes. Ce n'est qu'à ce prix que les hôpitaux parviendront à une véritable diminution du nombre de litiges.

---

<sup>1</sup> mémoire d'infirmier général : cf. bibliographie.

# Annexe A

## Règlement intérieur de la commission de conciliation

### **Article 1 : Texte de référence**

Le présent règlement intérieur est pris en application du décret 98-1001 du 2 novembre 1998 relatif à la Commission de Conciliation, codifié à l'article R. 710-1-3 du Code de la Santé Publique.

### **Article 2 : Participation de la Direction, et Secrétariat de la Commission**

Le Secrétariat est assuré à la diligence de Monsieur le Directeur Général. Monsieur le Directeur Général assiste aux séances avec voix consultative. Il peut se faire accompagner par les collaborateurs de son choix.

### **Article 3 : Saisine de la Commission de Conciliation**

La Commission se réunit au moins trois fois par an sur convocation du président.

Elle peut être réunie à la demande de la majorité de ses membres ou du Directeur.

### **Article 4 : Permanences**

Le Médiateur Médical effectue une permanence une fois par semaine sauf indisponibilité à l'Hôpital Général. Il peut se déplacer à la demande d'un patient ou d'une famille sur le complexe Bocage ou à Champmaillot.

Les horaires et le lieu de permanence sont affichés dans les Secrétariats de Direction et les bureaux des entrées. Ils figurent dans les livrets d'accueil.

### **Article 5 : Rôle de la Commission vis à vis des patients**

La Commission peut recevoir un patient, à la demande du Médiateur Médical, d'un membre de la Commission ou celle du Directeur Général. Toute réclamation de patient est formulée par écrit.

Le patient peut se faire accompagner par le conseiller de son choix.

Toutefois, afin de faciliter le fonctionnement de la Commission, le patient peut être reçu sur demande de Monsieur le Directeur Général ou de son représentant :

- par le Médiateur Médical. Toutes les demandes susceptibles de mettre en cause l'activité médicale lui sont transmises, excepté celles qui constituent un recours gracieux ou juridictionnel,
- par le représentant du personnel infirmier,
- par un représentant des usagers.

Dans tous les cas, un rapport est établi à l'attention de Monsieur le Directeur Général, qui apporte une réponse écrite au demandeur.

#### **Article 6 : Registre des réclamations**

Un registre des réclamations, à fiches numérotées, comportant demandes et réponses, est tenu à la disposition des membres de la Commission.

Ce registre est localisé au Secrétariat de l'Hôpital Général.

Il sera présenté à chaque réunion de la Commission de Conciliation.

#### **Article 7 : Information de la Commission**

Monsieur le Directeur Général informe au moins une fois par an la Commission :

- du nombre,
- de la nature.
- de l'issue

des recours gracieux ou juridictionnels mettant en cause le Centre Hospitalier Universitaire.

Monsieur le Directeur Général communique au moins une fois par an aux membres de la Commission les résultats synthétiques :

- des questionnaires de sortie,
- des enquêtes de satisfaction.

#### **Article 8 : Recommandations de la Commission**

La Commission formule des recommandations à Monsieur le Directeur Général. Elle est informée des suites qui leur sont données.

#### **Article 9 : Rapport annuel**

Lors de sa première séance dans l'année, la Commission établit un rapport d'activité pour l'année précédente. Ce rapport est transmis :

- à Monsieur le Directeur Général,
- à la Commission Médicale d'Etablissement,
- au Comité Technique d'Etablissement,
- à la Commission des Services des Soins Infirmiers,
- au Conseil d'Administration.

Ce rapport est transmis à Monsieur le Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation sur sa demande expresse.

**Article 10 : Incompatibilités et secret professionnel**

Les membres de la Commission ne peuvent statuer sur une situation les impliquant.

Chaque membre est tenu à l'obligation du secret professionnel.

## Annexe B

# Charte du Médiateur médical

La charte présentée ci-dessous a été proposée lors du colloque du 17 octobre 1997 au CHU de Dijon.

**1°) Le Médiateur Médical** est désigné par la CME et le Conseil d'Administration de l'établissement parmi les praticiens volontaires à cette fonction ayant des conditions d'indépendance et d'expérience reconnues.

Il peut être un ancien praticien ou un consultant d'un C.H.U., un médecin extérieur ou 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 3 ans renouvelables.

**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.

**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 (15 jours après une plainte) dans la mesure du possible.

**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.

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 l'affaire devient contentieuse.

Dans ce cas, le médiateur est dessaisi du dossier.

En cas de règlement amiable (cas 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.

#### **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 d'un litige,
- 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.

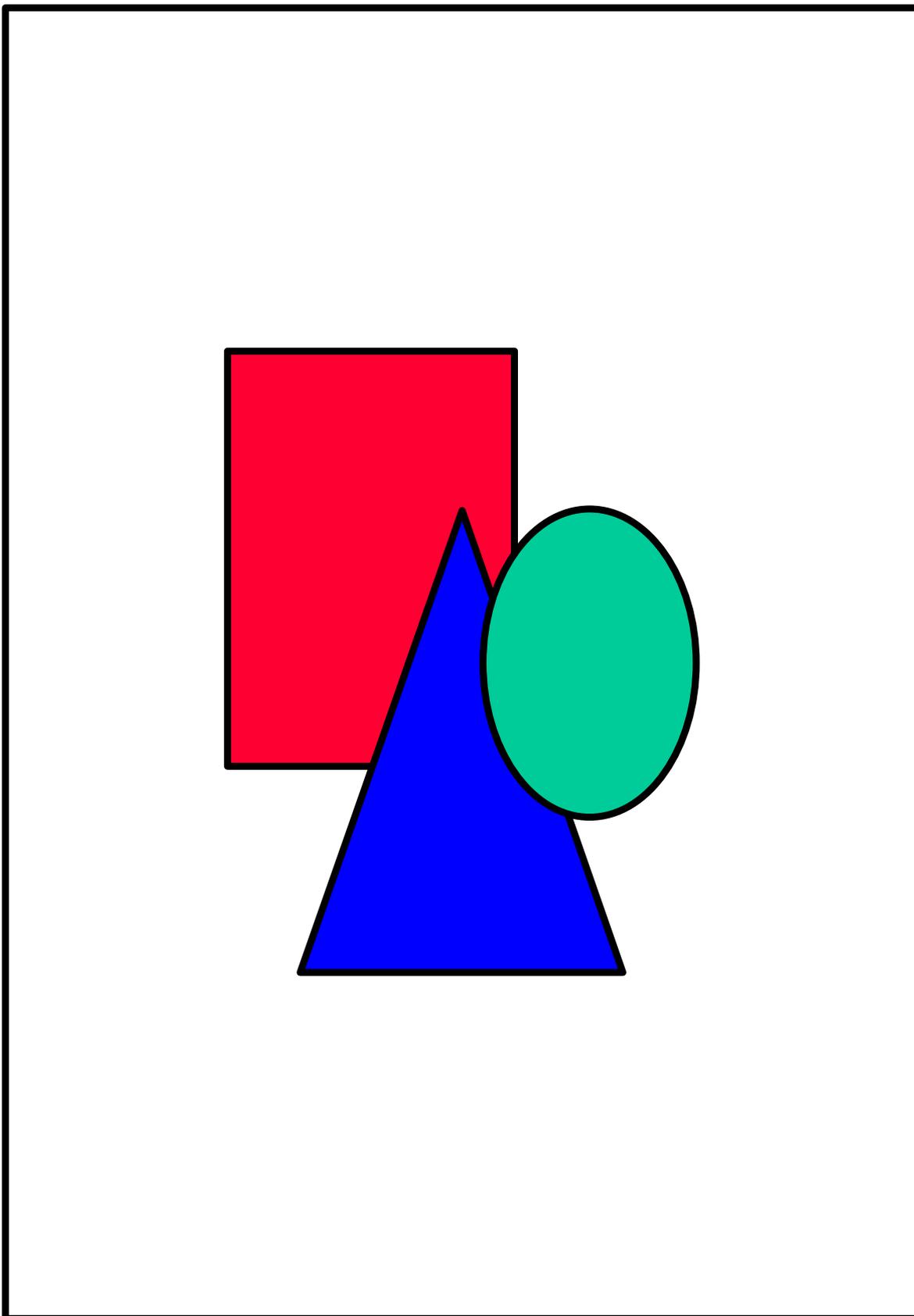
#### **6°) La médiation ne doit pas devenir**

- une profession autonome,
- la place du médiateur devra être mieux définie dans les futures commissions de conciliation,
- sa présence dans l'établissement hospitalier doit être largement diffusée pour être efficace.

## **Annexe C**

### **Fiche d'analyse des dossiers**

Nous présentons ci-après la fiche d'analyse des dossiers traités par le Médiateur ; elle a servi de base à l'étude statistique.



## Annexe D

# Textes relatifs à la commission de conciliation

### 1. Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 relative à l'hospitalisation publique et privée (extrait)

---

JO du 25 avril 1996 page 6324

#### Titre 1<sup>er</sup> Les droits des malades

Art.1<sup>er</sup> : Sont insérés, à la section 1 du chapitre 1er A du titre 1er du Livre VII du code de la santé publique, les articles L.710-1-14 et L.710-1-2 ainsi rédigés :

Art. L.710-1-1 : la qualité de la prise en charge des patients est un objectif essentiel pour tout établissement de santé. Celui-ci doit procéder à une évaluation régulière de leur satisfaction, portant notamment sur les conditions d'accueil et de séjour (...). Chaque établissement remet aux patients, lors de leur admission, un livret d'accueil auquel est annexée la charte du patient hospitalisé, conforme à un modèle type arrêté par le ministre chargé de la santé.

Art.L.710-1-2 : Les règles de fonctionnement des établissements de santé propres à faire assurer le respect des droits et obligations des patients hospitalisés sont définies par voie réglementaire. *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'activité de l'établissement, et de lui indiquer les voies de conciliation et de recours dont elle dispose.*

### 2. Décret n°98-1001 du 2 novembre 1998

---

J.O. Numéro 259 du 7 Novembre 1998 page 16839

Textes généraux  
Ministère de l'emploi et de la solidarité

**Décret n° 98-1001 du 2 novembre 1998 relatif à la commission de conciliation prévue à l'article L.710-1-2 du code de la santé publique et modifiant ce code (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat)**

**NOR : MESH9823254D**

Le Premier ministre,  
Sur le rapport de la ministre de l'emploi et de la solidarité,  
Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 710-1-1 et L. 710-1-2 ;  
Vu le code pénal, notamment l'article 226-13 ;  
Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,  
Décrète :

Art. 1er. - I. - L'intitulé de la section I du chapitre Ier-A du titre Ier du livre VII du code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) est modifié ainsi qu'il suit :

« Section I

« Des droits du malade accueilli dans un établissement de santé »

II. - Cette section comprend deux sous-sections intitulées comme suit :

« Sous-section I

« La commission de conciliation »

« Sous-section II

« Le dossier médical et l'information des personnes accueillies  
dans les établissements de santé publics et privés »

Art. 2. - La sous-section I de la section I du chapitre Ier-A du titre Ier du livre VII du code de la santé publique est ainsi rédigée :

« Sous-section I

« La commission de conciliation

« Art. R. 710-1-1. - La commission de conciliation instituée par l'article L. 710-1-2, chargée d'assister et d'orienter toute personne qui s'estime victime d'un préjudice du fait de l'activité de l'établissement et de l'informer sur les voies de conciliation et de recours gracieux ou juridictionnels dont elle dispose, est composée comme suit :

« I. - Dans les établissements publics de santé, autres que ceux de l'Assistance publique - hôpitaux de Paris :

« 1o Le président de la commission médicale d'établissement prévue à l'article L. 714-16 ou le représentant qu'il désigne parmi les membres de cette commission ;

« 2o Un médecin conciliateur et son suppléant désignés dans les conditions prévues à l'article R. 710-1-7 ;

« 3o Un membre de la commission du service de soins infirmiers et son suppléant désignés par le directeur du service de soins infirmiers parmi les membres mentionnés au b de l'article R. 714-26-2 ;

« 4o Les représentants des usagers membres du conseil d'administration de l'établissement prévus au 6o de l'article L. 714-2.

« II. - Dans chaque hôpital ou groupe hospitalier de l'Assistance publique - hôpitaux de Paris :

« 1o Le président du comité consultatif médical prévu à l'article R. 716-3-26 ou le représentant qu'il désigne parmi les membres de ce comité ;

« 2o Un médecin conciliateur et son suppléant désignés dans les conditions prévues à l'article R. 710-1-7 ;

« 3o Un membre de la commission locale du service de soins infirmiers, prévue à l'article R. 716-3-30, et son suppléant désignés par le directeur du service de soins infirmiers parmi les membres visés au b de l'article R. 714-26-2 ;

« 4o Les représentants des usagers, membres de la commission de surveillance de l'hôpital ou du groupe hospitalier prévue au 8o de l'article R. 716-3-22.

« III. - Dans les établissements de santé privés :

« 1o Le président de la commission médicale prévue à l'article L. 715-8 ou le président de la conférence médicale prévue à l'article L. 715-12 ou le représentant que l'un ou l'autre désigne parmi les membres de cette commission ou de cette conférence ;

« 2o Un médecin conciliateur et son suppléant désignés dans les conditions prévues à

l'article R. 710-1-7 ;

« 3o Un membre du personnel infirmier ou aide-soignant et son suppléant désignés par le représentant légal de l'établissement de santé privé ;

« 4o Deux représentants des usagers désignés par le représentant légal, s'ils sont membres du conseil d'administration ou de l'organe dirigeant qui en tient lieu.

« Art. R. 710-1-2. - Le directeur de l'établissement public de santé ou le représentant légal de l'établissement de santé privé fixe la liste nominative des membres de la commission.

« La commission désigne en son sein son président et son vice-président.

« Un membre de la commission ne peut siéger s'il est concerné par la réclamation. S'il s'agit du président de la commission, la présidence est assurée par le vice-président.

« Art. R. 710-1-3. - La commission se réunit au moins trois fois par an sur convocation de son président. Elle peut être réunie à la demande de la majorité de ses membres ou du directeur de l'établissement public de santé ou du représentant légal de l'établissement de santé privé. L'ordre du jour, arrêté par le président, est communiqué aux membres de la commission au moins huit jours avant la réunion.

« La commission établit son règlement intérieur.

« Art. R. 710-1-4. - Le directeur de l'établissement public de santé ou le représentant légal de l'établissement de santé privé assiste aux réunions de la commission avec voix consultative. Il peut se faire accompagner des collaborateurs de son choix.

« Art. R. 710-1-5. - La commission organise une permanence au moins hebdomadaire, tenue par un ou plusieurs de ses membres.

« Dans les établissements comportant plusieurs sites d'implantation, la commission peut désigner, pour assurer cette permanence en l'absence de membre disponible, des médecins et des infirmiers, exerçant ou ayant exercé dans l'établissement. Ceux-ci rendent compte à la commission de leur activité.

« La liste des membres de la commission assurant la permanence ainsi que la date et les heures de permanence sont affichées dans l'établissement et précisées dans le livret d'accueil.

« Art. R. 710-1-6. - Chaque demande et réclamation est présentée par écrit. Le directeur en accuse réception. Il donne la possibilité à toute personne qui ne peut s'exprimer que par oral de voir sa demande ou réclamation consignée par écrit.

« Mention de ces demandes et réclamations et des réponses qui leur sont faites est consignée dans un registre tenu à la disposition des membres de la commission, dans le respect des règles relatives au secret médical et de la vie privée.

« Art. R. 710-1-7. - Le directeur de l'établissement public de santé ou le représentant légal de l'établissement de santé privé, après avis de la commission médicale d'établissement, du comité consultatif médical prévu à l'article R. 716-3-26, de la commission médicale ou de la conférence médicale, désigne le médecin conciliateur et son suppléant parmi les médecins exerçant ou ayant exercé dans l'établissement.

« Les demandes et réclamations susceptibles de mettre en cause l'activité médicale, à l'exception de celles qui constituent un recours gracieux ou juridictionnel, sont communiquées au médecin conciliateur. Si ce dernier est concerné par une réclamation, sa mission doit être assurée par son suppléant ou par le président de la commission médicale ou de la conférence médicale.

« Le médecin conciliateur rencontre le patient. Il peut également rencontrer ses proches lorsqu'il l'estime utile ou à la demande de ces derniers. Lorsqu'il souhaite consulter un dossier médical, il demande l'accord écrit du patient ou de son représentant légal ou de ses ayants droit en cas de décès.

« Le médecin conciliateur intervient dans les conditions prévues à l'article R. 710-2-2. Il rend compte de son intervention ou de son action au directeur de l'établissement public de santé ou au représentant légal de l'établissement privé et à la commission.

« Art. R. 710-1-8. - Le directeur de l'établissement public de santé ou le représentant légal de l'établissement de santé privé informe la commission du nombre, de la nature et de l'issue des recours gracieux ou juridictionnels mettant en cause l'établissement de santé. Il lui présente également le résultat de l'analyse des observations des patients figurant

dans les questionnaires de sortie annexés au livret d'accueil des établissements de santé ainsi que le résultat de toute autre enquête concernant l'évaluation régulière de la satisfaction des patients prévue par l'article L. 710-1-1.

« Art. R. 710-1-9. - La commission formule des recommandations et les adresse au directeur de l'établissement public de santé ou au représentant légal de l'établissement de santé privé. Elle est informée des suites qui leur sont données.

« Elle élabore un rapport annuel d'activité dont le contenu ne doit comporter que des données anonymes.

« Ce rapport est transmis, dans les établissements publics de santé, au directeur, à la commission médicale d'établissement, au comité technique d'établissement, à la commission du service de soins infirmiers et au conseil d'administration et, dans les établissements de santé privés, au représentant légal, à la commission médicale ou à la conférence médicale et au conseil d'administration ou à l'organe dirigeant qui en tient lieu.

« Les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation reçoivent sur leur demande communication des rapports annuels d'activité prévus au présent article.

« Art. R. 710-1-10. - Conformément aux dispositions de l'article 226-13 du code pénal, les membres de la commission sont tenus à l'obligation de secret professionnel. »

Art. 3. - La sous-section II de la section I du chapitre Ier-A du titre Ier du livre VII du code de la santé publique comprend les articles R. 710-2-1 à R. 710-2-10.

Art. 4. - 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 de conciliation.

Art. 5. - La ministre de l'emploi et de la solidarité et le secrétaire d'Etat à la santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 2 novembre 1998.

Lionel Jospin

Par le Premier ministre :

La ministre de l'emploi et de la solidarité,  
Martine Aubry

Le secrétaire d'Etat à la santé,

Bernard Kouchner

### **3. Circulaire DH/AF 1 n°99-317 du 1er juin 1999**

---

B.O. n°99/24

Direction des hôpitaux  
Bureau AF 1

**Circulaire DH/AF 1 n° 99-317 du 1er juin 1999  
relative à la commission de conciliation**

**NOR : MESH9930226C**

(Texte non paru au Journal officiel)

**Références :**

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 prévue à l'article L. 710-1-2 du CSP et modifiant ce code (2e partie : Décrets en Conseil d'Etat).

Date d'application : immédiate.

La ministre de l'emploi et de la solidarité, le secrétaire d'Etat à la santé et à l'action sociale à Mesdames et Messieurs les directeurs des Agences régionales de l'hospitalisation (pour diffusion et mise en oeuvre) ; Mesdames et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour information]) ; Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissements de santé (pour mise en oeuvre) Aux termes du second alinéa de l'article L. 710-1-2 inséré dans le code de la santé publique par l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, une commission de conciliation est instituée dans chaque établissement de santé. Cette commission est « chargée d'assister et d'orienter toute personne qui s'estime victime d'un préjudice du fait de l'activité de l'établissement, et de lui indiquer les voies de conciliation et de recours dont elle dispose ». Le décret n° 98-1001 du 2 novembre 1998 (J.O. du 7 novembre 1998) porte application de cet article L. 710-1-2. Les établissements disposent d'un délai maximum de six mois à compter du 7 novembre 1998 pour installer leur commission de conciliation.

La présente circulaire précisera successivement les missions de la commission de conciliation, sa composition et son fonctionnement, le rôle du directeur (ou du représentant légal) et du médecin conciliateur, les voies et délais de recours des usagers (annexes).

**I. - LES MISSIONS DE LA COMMISSION DE CONCILIATION : AMÉLIORER L'INFORMATION DES USAGERS ET DE LEURS PROCHES ET PRÉVENIR LES LITIGES****1. Une mission située en amont de toute procédure précontentieuse**

Pour éviter toute confusion, il convient d'emblée d'exclure toute fonction précontentieuse ou transactionnelle 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 oeuvre de conciliation. Aussi, la commission de conciliation ne saurait se substituer au directeur qui est le seul habilité à porter une réponse de l'institution hospitalière aux demandes et réclamations des patients.

En effet, dans les établissements publics de santé, il appartient au conseil d'administration de délibérer sur les actions judiciaires et les transactions en application de l'article L. 714-4 du code de la santé publique. En outre, une mission précontentieuse de la commission n'est pas compatible avec la clause contractuelle des assurances-responsabilité souscrites par la quasi-totalité des établissements de santé qui n'autorise l'assuré à transiger avec la victime qu'avec l'accord de l'assureur aux termes de l'article L. 124-2 du code des assurances.

Selon l'article L. 124-2 du code des assurances, « l'assureur peut stipuler qu'aucune reconnaissance de responsabilité, aucune transaction, intervenues en dehors de lui, ne lui sont opposables. L'aveu de la matérialité d'un fait ne peut être assimilé à la reconnaissance de la responsabilité ».

La raison d'être de cette interdiction est évidente : si l'assuré reconnaît de prime abord sa responsabilité, il met son assureur en difficulté face à la victime pour laquelle un tel aveu

est la meilleure des preuves pour faire valoir son droit à indemnisation. Les contrats d'assurance intègrent donc une clause d'interdiction qui ne découle pas de la loi (le code des assurances n'établit pas cette disposition mais donne à la clause un caractère licite) mais du contrat lui-même.

La clause interdit une reconnaissance de responsabilité volontaire de la part de l'assuré, une sorte d'aveu. Cette reconnaissance de responsabilité peut prendre différentes formes ; elle peut être expresse ou tacite. Cependant, certaines mesures relevant de l'humanisme ou de l'éthique prises par l'assuré ne constituent pas, en soi, une reconnaissance de responsabilité (par exemple, le fait de secourir la victime, de la prendre en charge).

La reconnaissance de responsabilité n'est interdite qu'à l'assuré. Par assuré, il faut entendre l'établissement, personne morale, mais aussi les personnes physiques exerçant au sein de l'établissement et bénéficiant, dans le cadre de leurs fonctions hospitalières, du contrat d'assurance. Les praticiens hospitaliers comme les autres personnels infirmiers, soignants, médico-techniques sont donc soumis à cette interdiction de reconnaître la responsabilité de l'établissement.

L'interdiction de la reconnaissance de la responsabilité connaît une limite formulée dans l'article L. 124-2 du code des assurances : « l'aveu de la matérialité d'un fait ne peut être assimilé à la reconnaissance d'une responsabilité ».

Cette restriction a pour objet essentiel de permettre l'expression de la vérité ; elle réduit très sensiblement la portée de l'interdiction de reconnaissance de responsabilité, car la reconnaissance de faits (matériels) est susceptible de déclencher inéluctablement la responsabilité.

2. Investie d'une mission d'assistance, d'orientation et d'information, la commission doit contribuer à prévenir les litiges

La commission de conciliation, qui est le garant des droits du patient, a un rôle d'assistance, d'orientation et d'information, notamment sur les voies de conciliation et de recours.

### 2.1. Une mission d'assistance et d'orientation

La commission de conciliation doit faciliter la mise en relation avec les acteurs concernés notamment le chef de service, un cadre infirmier, le directeur, un médecin conciliateur.

L'amélioration du dialogue notamment sur le plan médical grâce à l'intervention du médecin conciliateur doit réduire le nombre de contentieux. Mais, l'usager n'est nullement tenu de faire transiter par la commission de conciliation sa réclamation ou sa demande.

Le traitement des demandes et des réclamations est formalisé par le décret. L'usager est assuré d'obtenir une réponse du directeur qui est assisté du médecin conciliateur chargé de traiter les problèmes qui interfèrent avec la médecine. En effet, les membres de la commission ont accès au registre mentionnant l'ensemble des demandes et des réclamations et des réponses apportées par le directeur. Ce registre doit recenser l'ensemble des demandes et réclamations adressées à l'établissement (directeur, président du conseil d'administration, chefs de service, médecins...) ou à la commission de conciliation. Pour respecter le secret médical et la vie privée des plaignants, le registre doit seulement mentionner les demandes et réclamations et les réponses apportées (date de la demande ou réclamation, nom de l'usager, objet de la demande ou réclamation, date de la réponse). Les éventuels documents médicaux, annexés aux demandes et réclamations ou aux réponses, ne peuvent être consultés que par le médecin conciliateur s'il a reçu une autorisation écrite du plaignant. Les autres documents (non médicaux) peuvent être consultés par les membres de la commission, qui sont alors tenus au secret professionnel (article 226-13 du code pénal).

### 2.2. Une mission d'information

L'utilisateur qui souhaite formuler une demande ou une réclamation obtient, grâce à la permanence de la commission, toutes les informations relatives aux voies et délais de recours devant l'établissement et les juridictions. L'annexe de cette circulaire précise les diverses voies et délais de recours juridictionnels. Les délais de discussion avec les membres de la commission ou d'instruction de la réclamation par les médecins conciliateurs ne doivent pas porter atteinte aux intérêts du réclamant en cas d'action devant les juridictions de droit commun. La commission de conciliation et les médecins conciliateurs sont des organes internes à l'établissement. Ces procédures sont distinctes des procédures juridictionnelles de droit commun. Aussi, il faut souligner que la saisine de la commission de conciliation n'est pas une procédure préalable aux actions en justice. L'utilisateur n'est pas obligé de saisir la commission avant de se pourvoir devant les tribunaux. La saisine de la commission peut entraîner des délais plus ou moins longs pour l'instruction d'une réclamation. La commission doit préciser à l'utilisateur que les délais de recours contentieux ne sont pas suspendus par la saisine de la commission.

Il est souhaitable que soit mise en place une formation juridique pour les membres de la commission et les personnes (non membres) assurant la permanence. Ainsi, les usagers recevront une meilleure information et les risques de mise en cause de l'établissement en cas d'informations erronées seront diminués.

La commission, lors de ses réunions, est également informée des suites gracieuses et juridictionnelles éventuellement données aux demandes et réclamations. La commission occupe de fait une place d'observation privilégiée de certains dysfonctionnements de l'établissement ce qui conduit naturellement à porter à sa connaissance l'analyse des enquêtes de mesure de la satisfaction des patients. Sur ce dernier point, il ne s'agit pas pour autant d'en faire une commission de la qualité appréciée de façon plus globale par les professionnels oeuvrant dans ce domaine et fondée sur de nombreux autres paramètres.

La commission ainsi parfaitement informée en tire des enseignements qu'elle remet au directeur ou au représentant légal dans un rapport et des recommandations.

Le dispositif prévu par le décret doit conduire à une meilleure prise en compte des attentes individuelles et améliorer les conditions générales d'accueil et de séjour des patients.

## II. - COMPOSITION ET FONCTIONNEMENT DE LA COMMISSION DE CONCILIATION

### 1. Composition

La commission de conciliation est constituée par le président de la commission médicale ou de la conférence médicale, le médecin conciliateur, un représentant de la commission du service de soins infirmiers ou d'un membre du personnel infirmier ou aide-soignant (établissements privés) et les représentants des usagers au conseil d'administration (obligatoire pour les établissements publics). S'agissant des établissements privés, il convient de noter que la participation des représentants des usagers est rendue obligatoire lorsque les représentants des usagers siègent dans l'organe délibérant de l'établissement.

La commission désigne en son sein son président et son vice-président. Le médecin conciliateur et son suppléant sont désignés, parmi les médecins exerçant ou ayant exercé dans l'établissement, par le directeur de l'établissement public de santé ou le représentant légal de l'établissement de santé privé, après avis de la commission médicale, du comité consultatif médical ou de la conférence médicale. La liste nominative est fixée par le directeur ou le représentant légal. La durée du mandat de chaque membre de la commission est liée à celle de l'instance dont il est issu : commission médicale, commission du service de soins infirmiers ou conseil d'administration. Le médecin conciliateur étant nommé après avis de la commission médicale ou de la conférence médicale, il convient de solliciter l'avis de cette instance lors de chaque renouvellement total de cette commission ou conférence.

Les suppléants ne siègent pas si le titulaire est présent.

Le directeur de l'établissement public de santé ou le représentant légal de l'établissement de santé privé assiste aux réunions de la commission avec voix consultative. Il peut se faire accompagner des collaborateurs de son choix, dont le directeur du service de soins infirmiers, dans les établissements publics de santé, ou un cadre infirmier désigné par le représentant légal dans les autres établissements. La participation de la direction et du cadre en charge des dossiers évoqués est indispensable dans un souci de coordination et de cohérence.

## 2. Fonctionnement

### 2.1. Permanences de la commission de conciliation

#### Fonctionnement

Pour exercer ses missions d'assistance, d'orientation et d'information auprès du patient et de ses proches, la commission de conciliation instituée dans chaque établissement organise une permanence d'un ou plusieurs de ses membres au sein de l'établissement. Il est souhaitable qu'une permanence soit tenue sur chacun des sites de l'établissement si celui-ci en comporte plusieurs. Dans cette situation, à défaut de disponibilité de ses membres, la commission peut faire appel à des médecins ou des infirmiers exerçant ou ayant exercé dans l'établissement.

Cette permanence aura au moins une fréquence hebdomadaire. Le nombre de personnes qui l'assure, la plage horaire et le rythme seront variables en fonction de l'importance de l'établissement.

Tout doit être mis en oeuvre pour que cette permanence soit clairement identifiée, repérée et facilement accessible aux patients et à leurs proches ; la date et les heures, ainsi que la liste des membres présents, doivent être affichées dans l'établissement et indiquées dans le livret d'accueil (fiche mobile permettant une actualisation rapide). Ces supports d'information doivent également rappeler les missions de la commission. Un secrétariat de cette permanence (prise de rendez-vous) peut être envisagé.

#### Modalités d'action

La permanence permet à la commission d'assurer ses missions d'assistance, d'orientation et d'information sur les voies de recours. Elle doit être à la fois :

un lieu d'écoute et d'orientation par la mise en relation du patient avec les acteurs concernés en cas de dialogue absent, insuffisant ou conflictuel avec ces derniers (directeur, chef de service, médecin du service, cadre infirmier...) ;

un lieu d'information, sur les voies et délais de recours, tant devant l'établissement que les juridictions lorsque l'usager ne souhaite pas dialoguer ou que le dialogue n'aboutit pas.

Il est important de souligner que cette permanence n'est un passage obligé à aucun moment du traitement de la réclamation, ni un lieu d'enregistrement des réclamations. Son rôle est de permettre d'informer et d'orienter au mieux les patients qui ne savent pas à qui s'adresser.

Les personnes assurant les permanences rendront compte à la commission de leur activité.

### 2.2. Réunions de la commission de conciliation

#### Rythme et fonctionnement

La commission se réunit au moins trois fois par an, sur convocation de son président, ou à la demande de la majorité de ses membres, du directeur ou du représentant légal de l'établissement.

La commission établit son règlement intérieur qui peut fixer notamment les modalités d'élection du président et du vice-président, les règles de quorum pour la validité des avis

émis, les garanties de l'indépendance des membres de la commission, la liste des personnes agréées pour assurer les permanences, la durée des mandats des personnes non membres de la commission assurant les permanences.

L'ordre du jour, arrêté par le président, est communiqué aux membres de la commission au moins huit jours avant la réunion.

#### Attributions

C'est au cours de ces réunions que la commission prépare ses recommandations et son rapport annuel d'activité. Cette activité est fondée sur :

le registre des demandes et des réclamations et de leur réponse tenu par le directeur et mis à sa disposition ;

les comptes rendus des permanences ;

l'information qui est donnée par le directeur, du nombre, de la nature et de l'issue des recours ainsi que des suites données à ses recommandations et des résultats de l'analyse des enquêtes de satisfaction des patients ;

le compte rendu présenté par le médecin conciliateur de ses interventions dans le respect du secret médical.

Les recommandations qui peuvent porter sur un dossier particulier ou sur l'ensemble des dossiers sont destinées au directeur. Le rapport annuel d'activité est transmis aux instances consultatives ou délibératives de l'établissement ; le directeur de l'agence régionale peut en demander communication. Le rapport annuel d'activité qui doit être anonyme pourrait utilement mentionner la nature et l'objet des demandes et réclamations, les délais de réponse, les suites données, le nombre de réunions de la commission...

### III. - RÔLES DU DIRECTEUR ET DU MÉDECIN CONCILIATEUR

#### 1. Rôle du directeur ou du représentant légal

Le terme « directeur » doit être entendu comme l'autorité investie, par les dispositions légales, réglementaires ou statutaires, du pouvoir direct ou délégué d'engager l'établissement.

Le directeur accuse réception de chaque demande et réclamation écrites et donne la possibilité à toute personne qui ne peut s'exprimer que par oral de les voir consignées par écrit. Il répond à son auteur.

Le patient ou ses proches s'estimant victimes d'un préjudice du fait de l'activité de l'établissement mettront parfois en cause l'établissement mais, plus souvent, un service, un médecin ou un agent de l'établissement.

Le directeur qui, avec le concours du médecin conciliateur, traitera la réclamation, aura plusieurs préoccupations vis-à-vis du service, du médecin ou de l'agent mis en cause.

Le directeur de l'établissement public de santé devra demander au chef de service ou de département responsable du fonctionnement technique du service ou département (article L. 714-23 du CSP) des explications sur le dysfonctionnement signalé. Il reviendra, en général, au chef de service ou de département de faire le point de la situation et d'organiser les mesures correctrices nécessaires.

Il revient au directeur d'informer le médecin ou l'agent mis en cause, de lui permettre d'exprimer son point de vue, de porter à sa connaissance tout fait nouveau et de l'inviter à faire de même à son égard et à l'égard du médecin conciliateur.

Il appartient donc au directeur de l'établissement public de santé de mettre en œuvre de façon appropriée les dispositions statutaires associant les principes de responsabilité et de protection de chaque agent public, découlant notamment des articles 11, 19, 28 et 29 du titre 1er du statut général des fonctionnaires.

Les travaux de la commission doivent également conduire le directeur à prendre des mesures concrètes auprès des services ou structures concernés et notamment : veiller

avec le chef de service à la mise en oeuvre des recommandations, l'inviter à signaler toute difficulté d'application des recommandations de la commission ainsi qu'à transmettre toute suggestion d'amélioration des relations avec le patient ou ses proches.

## 2. Rôle du médecin conciliateur

Les demandes et réclamations susceptibles de mettre en cause l'activité médicale sont communiquées au médecin conciliateur. Si un médecin conciliateur est concerné par une réclamation, son rôle doit être assuré par son suppléant ou par le président de la commission médicale ou de la conférence médicale.

Le médecin conciliateur rencontre le patient ou ses proches lorsqu'il l'estime utile ou à la demande de ces derniers. Il facilite le dialogue avec l'équipe médicale. Lorsqu'il souhaite consulter un dossier médical, il demande l'accord écrit du patient ou de son représentant légal ou de ses ayants droit en cas de décès. Le médecin conciliateur leur communique les informations médicales dans le respect des règles de déontologie pour le patient ou son représentant légal, dans le respect des règles du secret médical pour les ayants droit du malade. Le médecin conciliateur rend compte de son intervention ou de son action au directeur de l'établissement public de santé ou au représentant légal de l'établissement privé ainsi qu'à la commission.

Le rôle ainsi imparti au médecin conciliateur exige de lui une grande disponibilité et un savoir-faire certain. Il doit présenter des qualités importantes d'écoute et de savoir communiquer. Pour être efficace, il devra bénéficier, notamment auprès de ses confrères, d'une autorité morale reconnue. Dans ces conditions, son intervention sera admissible en termes déontologiques sur des questions mettant en cause l'indépendance professionnelle de chaque praticien dans l'exercice de son art.

\*

\* \*

Vous voudrez bien me faire connaître toute difficulté que vous pourriez rencontrer à l'occasion de la mise en place ou dans le fonctionnement de la commission de conciliation.

Pour la ministre et le secrétaire d'Etat  
et par délégation :  
Le directeur des hôpitaux,  
E. Couty

---

# Liste des sigles

- ANAES Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
- AP-HP Assistance Publique-Hôpitaux de Paris
- ARH Agence Régionale de l'Hospitalisation
- CA Conseil d'Administration
- CAA Cour Administrative d'Appel
- CE Conseil d'Etat
- CH Centre Hospitalier
- CHG Centre Hospitalier Général
- CHR Centre Hospitalier Régional
- CHSCT Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de travail
- CHU Centre Hospitalier Universitaire
- CME Commission Médicale d'Etablissement
- CROSS Comité Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale
- CSP Code de la Santé Publique
- CSS Conférence Sanitaire de Secteur
- CSSI Commission du Service de Soins Infirmiers
- CTE Comité Technique d'Etablissement
- DARH Directeur de l'Agence régionale de l'Hospitalisation
- DDASS Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
- ENSP Ecole Nationale de la Santé Publique
- EPS Etablissement Public de Santé
- HL Hôpital Local
- IGAS Inspection Générale des Affaires Sociales
- JO Journal Officiel
- MCO Médecine-Chirurgie-Obstétrique
- OMS Organisation Mondiale de la Santé
- SAU Service d'Accueil des Urgences
- SHAM Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles
- SPH Service Public Hospitalier
- SROSS Schéma Régional d'Organisation Sanitaire et Social

---

# Bibliographie

## 1. Ouvrages

---

- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé – Manuel d'accréditation des établissements de santé – Paris, 1999.
- ANHOURY et VIENS – Gérer la qualité et les risques à l'hôpital – Paris : ESF Editeurs, 1994.
- BUDET J.-M. et BLONDEL F. – La réforme de l'hospitalisation publique et privée, les clés de l'ordonnance du 24 avril 1996 – Paris : Berger-Levrault, 1997.
- CHASSANY S. et LESEGRETAIN X. – La protection juridique de l'hôpital, guide de gestion des plaintes et du risque – Paris : Berger-Levrault, décembre 1999 – 223p.
- DUPONT M. et CALINAUD C. – Les réclamations à l'hôpital : écouter, informer, orienter – les guides de l'AP-HP – Doin editeurs, juillet 1999 - 153p.
- JEAN Philippe – La charte du patient hospitalisé – Paris : Berger-Levrault, 1996 - 237p.
- LUCAS-BALLOUP Isabelle – Commission de conciliation à l'hôpital public et privé en 40 questions – Evreux : SCROF, 1999 - 309p.
- SIX Jean-François – Dynamique de la médiation – Paris : Désirée de Brower, 1995.
- UNAF – Le règlement des conflits dans les établissements publics de santé – Paris : unafor, octobre 1999 – 48p.

## 2. Articles

---

- BONNET F. et al. – droit des patients : deux expériences de terrain – in : Gestions hospitalières, n°364, mars 1997 – p.195-203.
- BOURGUEIL B. et LOISEAU F. – « La commission de conciliation » - in : DH Magazine, n°65, juin/juillet 1999 – p.34.
- BROSSAULT P. et CHILLON S. – « Vox clamat in deserto ou le malentendu de la conciliation médicale » - in : La Gazette du palais, n° spécial droit de la santé, 16-17 juin 1999 – p.47-53.

- 
- CHABRUN-ROBERT C. – « Les conciliateurs à l' AP-HP » - in : Le concours médical, 5 novembre 1994 – p.3027-3028.
  - CHARIGNON R. – « La commission de conciliation dans les établissements de santé : une résurrection ? » - in : Gestions hospitalières, n°368, août/septembre 1997 – p.489-494.
  - CHEROUTRE-BONNEAU S. – « Les nouveaux droits des patients – questions à Claude Evin, Nicolas Brun, Thimoty Greacen » - in : Gestions hospitalières, n°364, mars 1997 – p.173-176.
  - COUETTE B. – « Régler les litiges sans le juge » - in : Le Moniteur, 30 mai 1997 – p.56-57.
  - DAUBOS J.-M. et al. – « L'hôpital à l'écoute des usagers » - in : La lettre de l'union – septembre 1999, n°22 – p.22-34.
  - DREYFUS F. – « La fin des conciliateurs médicaux » - in : Le concours médical, 1982 – p.1987-1988.
  - DUBOUIS Louis – « Oraison pour la seconde mort du conciliateur médical » - Revue de droit sanitaire et sociale, janvier/mars 1990 – p.55-59.
  - DUMAY M.-F. – « Mise en place de la démarche de prévention-gestion des risques » - in : Objectif soins, n°64, mai 1998 – p.15-16.
  - DUCLOS R. – « La mise en place de la commission de conciliation dans les établissements de santé » - in : Gestions hospitalières, août/septembre 1999 – p.492-500.
  - DUPONT M. – « Une obligation nouvelle pour les établissements de santé : informer sur les voies de recours » - in : Entreprise santé, novembre 1998.
  - DUPUY R.-C – « Rappel des principes de la conciliation. Une nouvelle forme de règlement des conflits » - in : Revue française de droit administratif, mai/juin 1999 – p.611-614.
  - ENA – Rapport de séminaire « la place de l'utilisateur à l'hôpital » - in : Informations Hospitalières, janvier 1992.
  - FLAVIN P. – « Commission de conciliation : pour une nouvelle pratique de la gestion des réclamations » - in : Revue Hospitalière de France, mars-avril 1999.
  - FROBERT S. – « le point sur les commissions de conciliation » - in : lettre de l'union UHSO, n°51, juillet 1997 – p.19.
  - GARAY A. – « Le conciliateur à l'hôpital » - in : Gazette du palais, Droit de la santé, 23-24 octobre 1998 – p.56-60.
  - GASSEE J.-P. et al. – « les plaintes des patients constituent-elles un indicateur utile pour l'amélioration de la qualité des soins ? » - in : Gestions hospitalières, n°356, mai 1996 – p.389-392.

- 
- GASSEE J.-P. et MEIRESONNE A. – « Lettres de plaintes de patients. Analyse comparative de trois types de services » - in : Gestions hospitalières, n°364, mai 1997 – p.208-211.
  - GUIMBAUD B. – « La gestion des plaintes à l'hôpital » - in : DH Magazine, n°49, février/mars 1997 – p.13-15.
  - GUIMBAUD B. – « Le programme SHAM d'aide à la gestion des risques » - in : Revue Hospitalière de France, n°1, janvier/février 1998 – p.55-60.
  - GUIMBAUD B. – « La mise en place à l'hôpital d'une démarche de gestion des risques » - in : Techniques hospitalières, n°631, novembre 1998 – p.30-35.
  - HARICHAUX M. – « Modes alternatifs de règlement des conflits dans le droit de la santé » - in : Revue de droit sanitaire et social, n°33, avril/juin 1997 - p.281-287.
  - HERZOG V. – « Les enjeux de la commission de conciliation et de la médiation médicale » - in : Entreprise Santé, n°18, décembre 1998 – p.25-27.
  - HERZOG V. et al. – « la charte du patient hospitalisé quatre ans après » in : Entreprise santé, n°22, juillet/août 1999 - p.6-29.
  - HOERNI B. – « L'Ordre national des médecins et les droits des patients » – in : Gazette du palais, février 1998 – p.214-216.
  - JEAN P. – « Nouveaux modes de fonctionnement vis-à-vis des patients, mise en place d'une médiation » - in : Technologie santé, n°30, septembre 1997 – p.86-91.
  - JEAN P. et HERZOG V.– « Droits des patients, le décret du 2 novembre 1998 relatif à la commission de conciliation et à la médiation médicale » – in : Gestions hospitalières, n°381, décembre 1998 – p.780-784.
  - JEAN P. – « Droit des patients : conciliation et assurances » - in : Revue Hospitalière de France, n°3, mai/juin 1999 – p.21-34.
  - LEVASSEUR A. – « Les transactions : l'exemple de l'AP-HP » - in : Actualité Juridique Droit Administratif, 20 janvier 1997 – p.54-58.
  - MAZEREAU G. et al. – « La gestion des risques hospitaliers » - in : Revue Hospitalière de France, n°3, mai/juin 1997 – p.386-403.
  - MUNOZ F. – « Pour une logique de conciliation » - in : Actualité Juridique Droit Administratif, 20 janvier 1997 – p.3-9.
  - PISANI E. – « Le rôle du médiateur » - in : Revue française de comptabilité, n°303, septembre 1998 – p.83-87.
  - RAMEIX S. – « Dimensions éthiques de la relation entre le médecin et le patient » - in : Gazette du palais, février 1998 – p.227-229.
  - REGNOUX A.-M. – « La prévention du contentieux. La gestion des risques : un mode de prévention du contentieux de la responsabilité » - in : Entreprise Santé, n°18, décembre 1998 – p.28-29.

- 
- RICHER L. – « Les modes alternatifs de règlement des litiges et le Droit administratif » - in : Actualité Juridique Droit Administratif, 20 janvier 1997 – p.3-9.
  - SICOT C. – « La lettre du Sou Médical : des explications et des excuses » - in : le concours médical, n°21, mai 1996 – p.1464-1465.
  - ZAMANSKY G. – « Gérer les crises dans un établissement de soins » - in : Décision santé n°153, 15 au 30 novembre 1999. – p.17-20.

### **3. Rapports**

---

- « La place des usagers dans le système de santé » – Rapport et propositions du groupe de travail animé par Etienne Caniard – DGS/DH Service Interdirection de Documentation – Bulletin signalétique de la DH n°122 – Paris : avril 2000.
- « Les droits de la personne malade » – Rapport présenté au nom du Conseil économique et social par M.Claude EVIN, séance des 11-12 juin 1996 – JO mardi 18 juin 1996 – 194p.
- « Régler autrement les conflits : conciliation, transaction, arbitrage en matière administrative » – Rapport du Conseil d'Etat – La Documentation française, 1993.
- SYNTHÈSE des Discussions lors du colloque sur la médiation médicale et la commission de conciliation, CHU de Dijon, 17 octobre 1997.

### **4. Mémoires**

---

- BENGATTAT Abdelhafid – « La commission de conciliation : l'indispensable redéfinition par les établissements de santé d'un réel besoin de santé publique. La position du CHU de Nîmes » - Mémoire EDH – ENSP, décembre 1999.
- CHARIGNON Raphaëlle – « La commission de conciliation à l'hôpital, une structure en quête de vocation » - Mémoire EDH – ENSP, décembre 1997.
- GUILLOU F. – « La mise en place de la commission de conciliation dans les établissements publics de santé » - Mémoire de DESS – droit, éthique, santé – Faculté de droit de Rennes – 1999.
- LOSSER Anne-Christelle – « La place de l'utilisateur à l'hôpital public : bilan et perspectives au Centre hospitalier de la Côte basque » - Mémoire EDH – ENSP, décembre 1997.
- LUET Jean-François – « La médiation en milieu hospitalier » - DESS Droit médical – Facultés de Droit de Tours et Poitiers - 1996 – 59p.

- 
- PIAZZA Nicole – « La commission de conciliation, rôle écrit, rôle prescrit, rôle réel ? » – DU de communication dans les structures hospitalières, Université René Descartes – Paris, novembre 1998.
  - POURRIERE J.-L. – « De la commission de conciliation à la gestion de la qualité et des risques. Quelle participation de l'Infirmier Général pour promouvoir cette contribution à l'hôpital ? » - Mémoire Infirmier Général – ENSP – octobre 1999.
  - RAVERAT Laurent – « La mise en place de la conciliation médicale à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris et au groupe hospitalier Necker-enfants malades » – Mémoire EDH – ENSP, décembre 1992.
  - REY-CADEAC Françoise – « La conciliation médicale. Structures et finalités » – Mémoire de DESS – Droit, santé, éthique – Faculté de Droit de Rennes – 1998.
  - SASSOT D. – « La commission de conciliation à l'hôpital public : nouvel organisme de règlement des litiges ? » - DEA de Droit public – Université de Bourgogne, Faculté de Droit et de Science Politique – 1999-2000.
  - SOUBIE Christian – « La mesure de la satisfaction des patients au CHU de Bordeaux » – Mémoire EDH – ENSP, décembre 1998.

## **5. Textes officiels**

---

- Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.
- Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.
- Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée – JO du 25 avril 1996, p.6324.
- Décret n°81-852 du 15 mai 1981 relatif aux conciliateurs médicaux – JO du 19 mai 1981 - p.1556.
- Décret n°98-1001 du 2 novembre 1998 relatif à la commission de conciliation prévue à l'article L.710-1-2 CSP et modifiant ce code – JO du 7 novembre 1998, p.16839.
- Arrêté ministériel du 7 janvier 1997 relatif au contenu du livret d'accueil (JO du 11 janvier 1997, p.496) dans les établissements de santé et circulaire DH/AF n°97-29 du 17 janvier 1997 relative à la mise en œuvre de cet arrêté.
- Circulaire du 6 février 1995 relative au développement du recours à la transaction pour régler amiablement les conflits.
- Circulaire du 9 février 1995 relative au traitement des réclamations adressées à l'administration.

- 
- Circulaire DGS/DH n°95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés et comportant une charte du patient hospitalisé.
  - Circulaire DH/AF 1/99 n°317 du 1er juin 1999 relative à la commission de conciliation.