



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'hôpital

Date du Jury : Décembre 2000

**LE CHU DE BORDEAUX
ET SES USAGERS :
LA QUESTION DE LA CONCILIATION**

GALY Michaël

A Michel Baron

REMERCIEMENTS

Je remercie Monsieur Alain Hériaud, Directeur Général du Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux, et Monsieur Philippe Vigouroux, Directeur Général Adjoint, qui ont approuvé le sujet de ce mémoire et m'ont encouragé dans l'ensemble des démarches entreprises.

J'adresse également mes remerciements à mon directeur de mémoire, Monsieur Yves Samson, Professeur de droit à l'École Nationale de la Santé Publique, pour sa disponibilité, ses éclairages juridiques et ses conseils méthodologiques avisés. Qu'il trouve ici la sincère reconnaissance qui lui revient.

Je remercie enfin Corinne Tesnière, Directrice de la clientèle et de la conciliation au C.H.U. de Bordeaux, et le professeur Baste, médecin conciliateur, qui m'ont fait utilement profité de leur expérience en matière de conciliation hospitalière.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	7
PREMIERE PARTIE La conciliation à l'hôpital : de l'analyse juridique du dispositif à la philosophie de la réglementation	13
1.1 L'émergence de procédures de conciliation dans le monde de la santé	14
1.1.1 Le décret du 15 mai 1981 ou la naissance du concept de conciliation dans le paysage sanitaire français	14
1.1.2 Expériences locales et conciliation	16
1.1.3. La création des commissions de conciliation	18
A. Les missions de la commission de conciliation	18
B. Les commissions de conciliation : de la composition aux modalités de fonctionnement	21
C. Les acteurs de la conciliation hospitalière	21
1.2 La conciliation : philosophie de la réglementation	22
1.2.1 Conciliation et consécration du droit des patients	23
A. Le patient à l'hôpital : du sujet de soins au consommateur de santé	23
B. Du patient au citoyen : présentation des droits de la personne hospitalisée	24
C. La conciliation, comme moyen de protection des droits des patients	27
1.2.2 De l'évaluation de la satisfaction des patients à la gestion des plaintes : la conciliation au cœur de la démarche qualité	28
A. La conciliation au service de l'évaluation de la satisfaction des patients	29
B. La commission de conciliation, organe de gestion des plaintes	30
1.2.3 La commission de conciliation, organe de prévention des litiges ?	33
A. L'augmentation des contentieux en matière de responsabilité hospitalière favorise l'essor d'une réflexion sur les modes alternatifs de règlement des litiges...	34
B. Même si les commissions de conciliation ne disposent pas de prérogative précontentieuse	35
C. Elles peuvent prévenir efficacement les litiges	36
DEUXIEME PARTIE : La conciliation au CHU de Bordeaux	38
2.1 De la conciliation médicale à la commission de conciliation : le parcours du CHU de Bordeaux	39
2.1.1 La naissance de la conciliation au CHU de Bordeaux	39
2.1.2 L'organisation et le fonctionnement de la conciliation médicale	40
A. Le mode d'entrée des réclamations	40
B. Les personnes destinataires des réclamations	40
C. L'identification préalable de trois niveaux de réclamations	41
D. Mode d'organisation de la conciliation médicale	41
2.1.3 La conciliation et le projet d'établissement du CHU de Bordeaux	43
A. Les objectifs conférés à la conciliation par le projet d'établissement	43
B. Les réalisations du projet d'établissement : création de la commission de conciliation et premiers bilans d'activité	44
2.1.4 L'insertion de la conciliation dans le projet managérial du CHU de Bordeaux	46
A. Conciliation et contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens	46
B. Conciliation et accréditation	47
2.2 La conciliation au CHU de Bordeaux : du bilan d'activité à la perception de la part des professionnels de santé	49
2.2.1 Bilan d'activité de la conciliation au CHU	49

A. Qui contacte la commission et comment ? _____	49
B. Le profil du patient concerné ou du “ réclamateur ” _____	50
C. Les services concernés par la conciliation _____	51
D. Les motifs les plus fréquents de la conciliation et la nature des doléances _____	51
E. Quel est le but recherché par la personne qui contacte les acteurs de la conciliation ? _____	52
F. Les réponses apportées par la conciliation _____	53
G. Quelles sont les suites constatées à l’issue d’une procédure de conciliation ? _____	55
H. Eléments de comparaison avec l’enquête réalisée par le CHU de Brugmann _____	55
2.2.2 La conciliation perçue par les professionnels de santé du CHU de Bordeaux _____	56
A. Analyse des échanges en commission médicale d’établissement _____	56
B. Présentation des résultats d’une enquête réalisée auprès des professionnels du CHU de Bordeaux _____	57
2.3 Les enseignements du colloque organisé par la CHU de Bordeaux sur le thème de “ la conciliation médicale, un an après ” _____	60
2.3.1 Les résultats de l’enquête réalisée auprès de l’ensemble des CHU français et des centres hospitaliers de l’UHSO _____	60
A. Une installation des commissions de conciliation effective...mais progressive _____	61
B. Des commissions de conciliation qui fonctionnent bien...malgré les difficultés rencontrées pour assurer les permanences _____	61
C. Le rôle des commissions de conciliation _____	62
D. Le succès de la conciliation est conditionné par deux facteurs essentiels _____	63
E. Perspectives d’évolutions _____	64
2.3.2 Le point de vue des partenaires _____	65
A. Le point de vue des usagers _____	65
B. Le point de vue des assureurs _____	66
 <i>TROISIEME PARTIE : Dynamiser et pérenniser les procédures de conciliation dans les établissements publics de santé</i> _____	68
 3.1 Les évolutions prévisibles des commissions de conciliation _____	69
3.1.1 Adapter le dispositif réglementaire _____	69
3.1.2 La création de commissions de la qualité de la prise en charge et des relations avec les usagers _____	70
3.1.3 Vers la création d’une commission de conciliation régionale ? _____	70
3.2 Les conditions de pérennisation de la conciliation hospitalière _____	73
3.2.1 Dynamiser la conciliation _____	73
A. Conciliation et organigramme de l’établissement _____	73
B. Impliquer tous les acteurs de la conciliation _____	75
C. Elaborer un programme de formation ambitieux _____	76
D. Diffuser une information sur les enjeux de la conciliation _____	76
3.2.2 Intégrer la conciliation dans la gestion hospitalière _____	77
A. L’hôpital à l’heure de la gestion des risques _____	77
B. L’hôpital à l’heure de la contractualisation interne _____	81
 <i>CONCLUSION</i> _____	84
 <i>NOTICE BIBLIOGRAPHIQUE</i> _____	85
 <i>BIBLIOGRAPHIE</i> _____	88

<i>ANNEXE 1 : Le Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux</i>	<i>93</i>
<i>ANNEXE 2 : Enquête relative à la perception médicale et soignante de la procédure conciliation mise en place au C.H.U. de Bordeaux</i>	<i>96</i>
<i>ANNEXE 3 : Enquête sur le fonctionnement de la commission de conciliation réalisée auprès de tous des C.H.U. et établissements de l'U.H.S.O.</i>	<i>99</i>
<i>ANNEXE 4 : Conciliation médicale : grille de recueil d'informations</i>	<i>106</i>
<i>ANNEXE 5 : Programme du colloque du 16 juin 2000 organisé par le C.H.U. de Bordeaux sur "la conciliation médicale, un an après »</i>	<i>110</i>

Introduction

“ La relation médicale est la rencontre d’une conscience et d’une confiance ”

Louis PORTIER

“ Parfois heureusement du malade au médecin une parole se noue qui n’est pas seulement utilitaire et permet au premier de dire sa souffrance, d’insérer son symptôme dans une histoire personnelle. Alors la relation, au lieu d’être celle, inégalitaire, d’un mandarin qui ordonne et d’un patient qui obéit, devient-elle un échange et un contrat où deux sujets, conscients de leurs limites, essayent ensemble la meilleure cure possible dans un respect réciproque ” (Pascal Bruckner, L’euphorie perpétuelle, Essai sur le devoir de bonheur, Grasset, 2000, p.230).

Si, au XIX^{ème} siècle, les malades n’avaient aucun droit à la parole, la situation s’est, fort heureusement, améliorée à tel point que l’on parle aujourd’hui “ d’irruption ” du patient dans le système de santé.

En premier lieu, les relations entre l’administration et les administrés sont entrées dans l’ère de la transparence. La modernisation de l’Etat se traduit notamment par la motivation d’un certain nombre de décisions, la possibilité d’accéder à des documents administratifs, la simplification des formalités, des avancées jurisprudentielles significatives...

Cette reconnaissance progressive des droits des administrés concerne également le domaine de la santé. La relation entre le patient et le corps médical, traditionnellement inégalitaire, s’est progressivement contractualisée, reconnaissant ainsi aux patients un droit à la parole.

Les prémices de ce droit se situent en 1936, lorsque la Cour de Cassation, par son célèbre arrêt Mercier, précise qu’un contrat tacite unit le malade et le médecin, tenu de prodiguer des soins conformes à l’avancée de la science.

Avec la création de la Sécurité sociale en 1945 et la généralisation de la protection contre le risque maladie, l’amélioration sensible de la solvabilité des patients hospitalisés s’est traduite par une exigence accrue de ces derniers qui, peu à peu, sont devenus des consommateurs de soins et des clients du système de santé. Le premier code de déontologie, paru en 1947, fait du malade une personne à part entière qu’il convient de

considérer dans sa globalité. Plus tard, la charte du patient hospitalisé ira dans la même direction.

Ce droit à la parole a été confirmé avec éclat lors des grandes crises sanitaires des années 1980. Outre le fait qu'elles ont contribué à une désacralisation du corps médical, elles ont permis la reconnaissance d'un droit de savoir et d'être informé. Cette irruption de la personne malade a mis un terme à l'opacité traditionnelle du système de santé.

Aujourd'hui, les mots clés sont devenus l'information et le consentement éclairé, préalables indispensables pour que s'établisse un lien fort de partenariat dans un climat de confiance.

Cette émergence du « statut » de personne hospitalisée a été notamment permise par la voie du contentieux. Les plaintes des malades vis-à-vis de l'institution hospitalière augmentent régulièrement. Ainsi, les nombreuses actions en responsabilité intentées par des victimes d'accidents médicaux, et relayées par les médias, ont conféré aux juges une mission générale de réparation, là où l'intervention du législateur faisait défaut.

Dans ce contexte, les pouvoirs publics ont proclamé un certain nombre de droits en faveur des personnes hospitalisées. L'objectif poursuivi consiste à placer la personne malade au cœur du système.

L'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée accorde une place prépondérante aux droits des patients. Symboliquement, elle en fait son titre premier. Concrètement, elle prévoit la présence de deux usagers au sein des conseils d'administration des hôpitaux. Leur action devrait permettre d'influer sur l'organisation hospitalière afin que l'identité et la dignité de la personne malade soient davantage reconnues.

L'ordonnance de 1996 tente également de remédier à la carence de lieu d'échange au sein des structures sanitaires par la création de commissions de conciliation. Ces commissions sont chargées d'assister et d'orienter les personnes qui s'estiment victimes de dysfonctionnements du fait de l'activité de l'hôpital. Elles n'ont pas de mission transactionnelle.

Elles doivent donc servir de lieu de dialogue et d'information entre l'institution et ses usagers. Elles reposent sur un mode de relation contractuel imposant aux établissements de santé de rendre des comptes et de fournir des explications aux patients mécontents.

Ces commissions de conciliation sont issues d'une réglementation récente et impérative. Si l'ordonnance de 1996 en explique l'essence, un décret du 2 novembre 1998

ainsi qu'une circulaire ministérielle du 1^{er} juin 1999 en précisent la composition, l'organisation et le fonctionnement.

Mais l'intérêt de la mise en place de ces commissions de conciliation ne se limite pas à la réponse à une obligation fixée par les pouvoirs publics.

La conciliation constitue un sous-ensemble de la gestion des plaintes et des réclamations que les hôpitaux sont sensés mettre en œuvre. Elle entretient donc une relation étroite avec la démarche qualité. Conduire une politique qualité suppose de s'interroger sur les dysfonctionnements de l'institution en questionnant les modes organisationnels. Le succès de ces démarches qualité se concrétisera dans l'obligation faite aux établissements d'obtenir l'accréditation, que délivre l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.

Enfin, la dernière motivation présidant à l'instauration de ces commissions réside dans la gestion préventive des litiges. L'accroissement du nombre de contentieux sanitaires, doublé d'une jurisprudence plus favorable aux patients, a conduit à une augmentation significative des primes d'assurance. Dès lors, malgré son absence de rôle précontentieux, on attend de la conciliation qu'elle désamorce un certain nombre de réclamations, notamment celles liées à la défaillance de l'information due aux patients.

C'est donc ce thème de la conciliation hospitalière que ce mémoire se propose d'étudier.

Le choix du mémoire

Le choix du mémoire s'est porté sur la conciliation hospitalière en prenant l'expérience bordelaise comme support de l'étude.

Ce sujet présente l'avantage de faire corps avec la démarche qualité que les hôpitaux mettent progressivement en place. Il s'agit donc d'un thème novateur, car l'information donnée au patient ainsi que la mise en place d'instances de dialogue et de régulation interne des doléances n'ont pénétré que récemment la culture hospitalière. Il s'agit également d'un sujet d'actualité car la mise en place des commissions de conciliation n'est pas achevée que l'on envisage déjà de les réformer dans le cadre de la prochaine loi de modernisation du système de santé. Le choix du sujet trouve enfin sa justification dans la possibilité qu'il offre d'adopter une démarche prospective. Il ne s'agit pas de limiter la réflexion à une description analytique, mais aussi de se projeter dans un avenir proche et de formuler des axes d'actions susceptibles de pérenniser les pratiques de médiation médicale.

Les objectifs du mémoire

Le premier objectif du mémoire consiste à présenter la question de la conciliation sous ses aspects historique et juridique et de s'interroger sur les raisons ayant conduit les pouvoirs publics à créer une commission spécifique en 1996.

Dès lors, on dresse l'historique de la conciliation dans le paysage sanitaire, depuis le décret de 1981 prévoyant la nomination de conciliateurs médicaux jusqu'à la mise en place des commissions, en évoquant également des expériences locales de médiation.

Ensuite, une présentation des aspects réglementaires du dispositif imaginé par les pouvoirs publics permet de distinguer la conciliation hospitalière de sa définition juridique. En effet, si la conciliation est traditionnellement considérée comme un mode alternatif de règlement des litiges, sa déclinaison hospitalière ne présente pas de réel aspect précontentieux.

Puis, il apparaît opportun de s'intéresser à sa philosophie, ou plus exactement à ses fondements. Les raisons qui ont conduit les pouvoirs publics à donner à la conciliation une nouvelle actualité sont au nombre de trois. L'affirmation progressive des droits de la personne hospitalisée, la démarche qualité rendue obligatoire par la procédure d'accréditation à laquelle les établissements de santé doivent se soumettre et la volonté de prévenir plus efficacement les litiges donnent aux commissions de conciliation un rôle stratégique dans l'organisation sanitaire.

Le second objectif consiste à analyser la perception que les professionnels de santé et les représentants des usagers ont de la conciliation, à s'interroger sur l'effectivité de la mise en place des commissions dans l'hexagone et à fournir une présentation sociologique des dossiers de conciliation.

Le cadre du mémoire est le C.H.U. de Bordeaux. La présentation sociologique de la conciliation s'appuie sur l'étude des dossiers gérés depuis 1997. Les conclusions permettent de bâtir une typologie des personnes qui se plaignent, des raisons de l'expression des mécontentements, des buts poursuivis par cette démarche, des secteurs d'activité les plus concernés et des réponses apportées par les acteurs de la conciliation.

La perception des professionnels de santé est celle des médecins titulaires et des cadres soignants du C.H.U. de Bordeaux qui ont largement répondu à un questionnaire adressé en mai 2000.

L'effectivité de la mise en place des commissions de conciliation est abordée par le biais des réponses fournies par les hôpitaux qui ont répondu à une enquête réalisée auprès

de l'ensemble des C.H.U. français et des établissements de l'Union Hospitalière du Sud-Ouest.

La perception de la conciliation n'aurait pas été exhaustive si l'opinion des partenaires de l'hôpital n'avait pas été recueillie. C'est pourquoi, les points de vue des représentants des usagers et des assureurs sont présentés.

Le troisième objectif majeur est d'envisager les modalités de pérennisation de la médiation médicale. Les axes d'actions proposés visent à garantir le dynamisme de procédures de régulation interne des litiges. En effet, à une époque où le patient est un acteur de notre système de santé, au sein d'une administration de plus en plus transparente, ces lieux de discussion, d'échange et d'orientation sont le gage de la maturité d'une organisation. Si la formation et l'information sont des objectifs prioritaires, la médiation hospitalière peut accéder à une dimension plus importante. Le dernier temps de la réflexion propose d'en faire un pivot de la gestion des risques et un élément reconnu de la contractualisation interne.

Les étapes de la recherche

La recherche se fonde sur trois axes.

D'abord recenser, recueillir et analyser la littérature et la réglementation relatives au sujet afin d'en préciser le cadre, recenser les principales interrogations et voir leur évolution.

Ensuite, il a été nécessaire d'élaborer les deux questionnaires permettant d'appréhender la perception des professionnels car la réalité des situations ne s'appréhende qu'à la condition de rencontrer les acteurs qui la vivent. La participation à l'organisation d'un colloque sur la conciliation médicale qui s'est déroulé le 16 juin 2000 au C.H.U. de Bordeaux a été l'occasion de rencontrer et d'échanger avec des personnes ayant un regard expert sur la question.

Enfin, la collaboration étroite durant 18 mois avec mon directeur de mémoire, Monsieur Samson, a permis d'approfondir la réflexion et de clarifier les propos. Une fois le sujet choisi et la problématique définie, nous avons convenu d'une méthode de travail participative. Des rencontres régulières ont eu lieu à l'E.N.S.P. avant le départ sur le lieu de stage (avril 2000). Puis, nous avons eu des contacts téléphoniques afin de comparer les conclusions des enquêtes aux hypothèses de départ. Des envois réguliers de documents ont permis d'intégrer remarques et conseils durant la phase de rédaction définitive.

Sujet au cœur des préoccupations hospitalières contemporaines, la conciliation constitue l'objet d'étude de ce mémoire. Le C.H.U. de Bordeaux, dont le directeur général a fait des pratiques de médiation l'un des « grands chantiers de la réforme » à mettre en œuvre, constitue le cadre de référence de la réflexion.

PREMIERE PARTIE

La conciliation à l'hôpital : de l'analyse juridique du dispositif à la philosophie de la réglementation

L'historique de la conciliation hospitalière sera suivi d'une présentation et d'une analyse de la réglementation issue de l'ordonnance du 24 avril 1996.

L'exposé de la philosophie du dispositif met en exergue les raisons qui ont conduit les pouvoirs publics à faire de ce thème un enjeu sanitaire contemporain.

1.1 L'émergence de procédures de conciliation dans le monde de la santé

Le concept de conciliation apparaît, pour la première fois, dans le paysage sanitaire français à l'occasion de la parution d'un décret de 1981 instituant des conciliateurs médicaux.

Des faiblesses juridiques ont conduit à l'annulation de ce texte par le Conseil d'Etat en 1989. Néanmoins, les hôpitaux intègrent progressivement le concept de conciliation. Même en l'absence de normes de référence, des expériences locales attestent de l'utilité que les structures de soins voient dans la mise en place des procédures de conciliation.

Le succès de ces initiatives, relayé par la consécration du droit des patients, conduit les pouvoirs publics à considérer de nouveau cette thématique. Dans ce contexte, l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée introduit une nouvelle instance dans les établissements de santé, la commission de conciliation.

1.1.1 Le décret du 15 mai 1981 ou la naissance du concept de conciliation dans le paysage sanitaire français

L'expérience de la conciliation dans le paysage sanitaire français n'est pas récente. En effet, un décret du 15 mai 1981 instituait déjà des conciliateurs médicaux dont la mission était double :

- Favoriser l'information des patients ou de leurs ayants-droit ;
- Faciliter le règlement amiable des différends relatifs à la responsabilité d'un médecin à l'occasion de prestations de soins.

Ce décret était très attendu par les professionnels de santé puisqu'il était l'une des conclusions pratiques du groupe de travail présidé par Monsieur MAC ALEESE, conseiller à la Cour de Cassation, mis en place au ministère de la justice en 1978 à la demande de Simone VEIL, alors Ministre de la Santé.

Les travaux de la commission MAC ALEESE ont été synthétisés dans un rapport déposé au ministère de la justice en 1980.

Cette réflexion faisait suite aux interrogations formulées par la Confédération des Syndicats Médicaux qui s'inquiétait de l'augmentation des actions en responsabilité intentées à l'encontre des médecins, notamment sur le plan pénal.

Les conciliateurs médicaux prévus par les textes devaient être des magistrats honoraires exerçant à titre bénévole. Leur mission se déroulait en dehors de toute instance juridictionnelle. De même, la saisine du conciliateur médical ne constituait pas un préalable obligatoire à un recours juridictionnel. Elle ne suspendait ni n'interrompait les délais contentieux. Ce conciliateur ne pouvait confier à une personne une mesure amiable de constatation, consultation ou expertise que si les intéressés étaient d'accord sur le principe de cette mesure.

Ce décret qui n'a pratiquement reçu aucune application concrète dans les établissements de santé déclencha une vive contestation, qui se traduisit par le dépôt de 39 requêtes en annulation émanant principalement du corps médical. Le Conseil d'Etat, chargé de l'analyse de ces recours, annula le décret dans une décision rendue le 31 mai 1989 (C.E., 31 mai 1989, Mme ROUJANSKY). Selon Louis DUBOUIS, " cette mort juridique " du conciliateur médical intervenait " après sa mort politique ".¹

L'auteur étudie les différents moyens qui ont conduit la Haute Juridiction à annuler le décret de 1981. Le moyen essentiel provient de la combinaison des articles 3 et 4 du texte. Aux termes de l'article 4, on peut lire que le conciliateur médical " peut demander la production de tout document sous réserve de l'assentiment de leur propriétaire ou de leur légitime détenteur ". Le problème naît de la lecture de cette disposition parallèlement à l'article 3 du décret stipulant que le conciliateur peut être saisi " par toute personne physique ou morale ", donc par une personne autre que le malade ou ses ayants-droits, par exemple une compagnie d'assurances. Mme LEROY, commissaire du gouvernement, a de fait considéré qu'un risque réel existait que, saisi par un tiers, le conciliateur médical demande au détenteur légitime du dossier (un établissement de santé, un médecin traitant...) de lui communiquer ce dossier, en violation des règles relatives au respect du secret médical et de la vie privée.

Selon le professeur BASTE, médecin conciliateur au CHU de Bordeaux, ce texte était originellement voué à l'échec, car son postulat de base n'était pas l'amélioration du droit des personnes hospitalisées mais la protection du corps médical contre les actions en responsabilité.

Ce point de vue est également partagé par Madame Françoise DREYFUS qui affirme que 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 ".²

Pour sa part Alain GARAY, avocat à la Cour d'appel de Paris, estime que " la philosophie générale d'un tel système reposait sur la dissuasion : on escomptait que l'information ainsi

produite autour du conciliateur et la pratique de la médiation décourageraient les victimes de fautes et/ou d'erreur médicale à poursuivre les médecins devant les tribunaux ".³

Il est vrai que la commission MAC ALEESE n'a peut-être pas suffisamment pris en compte le point de vue des patients. De fait, les différentes associations qui pouvaient prétendre l'exprimer n'étaient pas représentées au sein de cette commission.

1.1.2 Expériences locales et conciliation

Lorsque le Conseil d'Etat annule le décret de 1981 instituant des conciliateurs médicaux, le problème demeure entier dans le monde hospitalier.

L'administration de l'Assistance-Publique/Hôpitaux de Paris décide donc, en 1989, de mettre en place des conciliateurs médicaux, " en général des médecins en fin de carrière, avec l'expérience et l'indépendance d'esprit que peut leur conférer leur âge ".⁴

Le conciliateur médical des Hôpitaux de Paris est désigné par le Directeur Général de l'Assistance Publique en accord avec le directeur de l'établissement concerné et le président du comité consultatif médical.

Son rôle est de favoriser l'information des malades et de leur famille. Il intervient *a posteriori*, lorsqu'une réclamation a été exprimée, le plus fréquemment à l'issue d'une période d'hospitalisation, concernant la qualité de l'information ou des soins.

Le conciliateur est saisi par l'intermédiaire du directeur, à qui doit être adressée la réclamation écrite. Ce dernier, s'il l'estime opportun, transmet la doléance au conciliateur médical tout en informant le patient que ce praticien est à sa disposition. En principe, le conciliateur propose un entretien au patient dans un délai de quinze jours. En pratique, ce délai n'est pas souvent respecté car le conciliateur mène une enquête détaillée, en amont de tout entretien, en collaboration avec le service concerné. Cette étude minutieuse du dossier permet, ensuite, de fournir aux patients les explications et les informations qu'ils sont en droit d'attendre.

Le premier conciliateur médical nommé à l'Assistance Publique le fut à l'hôpital Bichat. Par la suite, l'expérience a été étendue à 9 autres hôpitaux de la capitale avant d'être généralisée eu égard à son succès.

Troisième conciliateur médical de l'hôpital Henri-Mondor, le professeur LAURENT dresse, en 1994, un premier bilan de son activité. Il estime que la principale vertu de sa fonction consiste à donner de l'information et à rétablir un dialogue entre le patient et

l'institution hospitalière. Interrogé sur son éventuel rôle dans une politique de prévention des litiges et des recours juridictionnels, le professeur LAURENT s'exprime de façon plus nuancée. Selon lui, ce n'est que " secondairement que son intervention peut dissuader le malade d'engager une action en justice, car il doit laisser les personnes s'exprimer, sans prendre parti, sans influencer sur leur décision, et celles qui ont vraiment l'intention d'engager une telle action le feront de toute façon ".⁵

Le nombre de dossiers traités par le conciliateur est peu élevé mais selon le professeur LAURENT, il n'est pas possible d'en tirer des conclusions car " le résultat quantitatif n'a pas de signification statistique, peut-être s'agit-il de la partie immergée de l'iceberg ".⁶ Les affaires prises en charge sont relativement hétérogènes. La moitié d'entre elles concerne spécifiquement le personnel médical. Les réclamations touchent l'ensemble des services, avec une représentation plus importante toutefois des services d'urgence et de chirurgie. La plupart des dossiers mettent en avant une information défailante. Le corps médical pense souvent s'être acquitté de son obligation déontologique d'information des patients, mais la dimension de plus en plus technique des soins suscite beaucoup d'incompréhensions chez la personne hospitalisée. Le professeur LAURENT estime que " la formation médicale ne sensibilise pas suffisamment à ce devoir d'information inhérent à la qualité de la relation médecin – malade ".

Au-delà d'une information défailante, les plaintes portent encore sur la mauvaise qualité du diagnostic ou des soins mais également sur des attitudes et des comportements tels le manque d'égards, l'indifférence, la condescendance ou la désinvolture.

En conclusion, le professeur LAURENT affirme que " le conciliateur doit être un instrument de l'éthique professionnelle hospitalière ; il peut ainsi favoriser une évolution des comportements en privilégiant la qualité des relations de l'hôpital avec le patient et ses proches... Il peut ainsi contribuer à restaurer la perspective humaniste au cœur de toute démarche de soins ".

D'autres expériences locales méritent d'être soulignées en la matière comme la création d'une commission d'information des usagers aux Hospices Civils de Lyon ou les procédures de médiation mises en place à Tulle ou à Montauban.

C'est dans ce contexte qu'intervient, en 1996, le rapport EVIN sur les droits de la personne hospitalisée⁷ qui milite pour la généralisation de ces initiatives et soutient l'idée qu'il est nécessaire d'instaurer des commissions de conciliation dans le paysage sanitaire français.

1.1.3. La création des commissions de conciliation

L'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée prévoit la création de commissions de conciliation dans les établissements de santé.

L'article L.710.1.2 du Code de la santé publique précise que 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 ".

Par ailleurs, l'arrêté du 7 janvier 1997 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé souligne que ce dernier doit exposer les attributions ainsi que les modes de saisine de la Commission de conciliation.

Enfin, le décret du 2 novembre 1998 ainsi que la circulaire du 1^{er} juin 1999 définissent le statut, les missions et le fonctionnement de ces commissions et créent une nouvelle fonction, celle de médecin conciliateur.

L'ensemble de ces textes confère donc à la conciliation un caractère réglementaire s'imposant aux établissements de santé.

A. Les missions de la commission de conciliation

La circulaire du 1^{er} juin 1999 affirme que la commission de conciliation n'exerce aucune fonction précontentieuse ou transactionnelle. Dès lors, en dépit de son appellation, la commission, en informant sur les voies de conciliation et de recours, ne peut pas elle-même faire œuvre de conciliation, et ce pour deux raisons essentielles.

D'une part, 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.

D'autre part, une mission précontentieuse de la commission de conciliation n'est pas compatible avec la clause contractuelle des assurances-responsabilité souscrites par la grande majorité des établissements et qui n'autorise l'assuré à transiger avec le patient victime d'un dommage qu'avec l'accord de l'assureur. L'article L.124.2 du Code des assurances mentionne, en effet, que l'assureur est habilité à 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 ".

Si la commission de conciliation ne dispose donc pas de prérogative précontentieuse, elle est, en revanche, investie d'une mission d'assistance, d'orientation et d'information susceptible de prévenir un certain nombre de litiges.

En premier lieu, la commission assiste et oriente les patients. Elle facilite notamment la mise en relation des plaignants avec les acteurs concernés : le chef de service ou le cadre infirmier intéressés par la réclamation et le directeur. Lorsque la doléance intervient dans la sphère médicale, l'amélioration du dialogue grâce à l'intervention du médecin conciliateur permet d'envisager une diminution du nombre de contentieux.

Le traitement des réclamations obéit, en principe, à un formalisme précis. L'utilisateur est assuré d'obtenir une réponse du directeur de l'établissement qui est assisté du médecin conciliateur chargé de rédiger un rapport pour les dossiers interférant avec le champ du médical et pour lesquels des investigations se révèlent nécessaires à la compréhension de la situation. Les membres de la commission de conciliation ont accès au registre où sont consignées toutes les réclamations adressées à l'établissement et les réponses apportées à celles-ci par le directeur.

La seconde grande mission que les textes confient à la conciliation sanitaire est une mission d'information sur les droits de la personne hospitalisée et notamment sur les délais et les voies de recours devant l'établissement ou les juridictions compétentes. Cependant, la saisine de la commission de conciliation n'est pas une procédure préalable aux actions en justice. Non obligatoire, elle n'interrompt pas les délais de recours contentieux. Dès lors, l'instruction des doléances par les acteurs de la conciliation hospitalière doit être organisée de manière à ne pas porter atteinte aux intérêts des patients. Ceci suppose que les membres de la commission de conciliation et les personnes qui assurent les permanences hebdomadaires bénéficient d'une formation appropriée. Le patient qui s'estime victime d'un préjudice doit être en mesure d'obtenir des renseignements exhaustifs sur les points suivants :

- Action en responsabilité pour réparation pécuniaire du préjudice devant la juridiction administrative en ce qui concerne les établissements publics de santé ;
- Action en responsabilité pour réparation pécuniaire du préjudice devant la juridiction civile en ce qui concerne les établissements privés de santé ;
- Action pénale pour condamnation de l'auteur du dommage ;
- Les modalités d'octroi de l'aide juridictionnelle ;
- Les conditions d'engagement de la responsabilité médicale dans les établissements de santé publics ;

- Les conditions d'engagement de la responsabilité médicale dans les établissements de santé privés ;
- Les grandes orientations dans le domaine de l'information des patients ;
- Les modalités de dépôt de plainte devant le Conseil de l'Ordre des médecins pour condamnation professionnelle de l'auteur du dommage ;
- Les conditions de saisine de la Commission d'Accès aux Documents Administratifs créée par la loi du 17 juillet 1978 dans la perspective de renforcer la transparence de l'action administrative ;
- Les conditions de saisine de la Commission Nationale Informatique et Libertés créée par la loi du 6 janvier 1978 ;
- Les voies de recours contre les décisions d'hospitalisation sous contrainte ;
- Les modalités de recours en cas de dommages subis par une personne à l'occasion d'une recherche biomédicale.

Si la commission de conciliation doit pouvoir fournir tous ces renseignements, elle est également destinataire d'un certain nombre d'informations lui permettant d'occuper une place privilégiée dans l'observation des dysfonctionnements de l'établissement.

En effet, au cours de ses réunions, la commission est informée :

- Des demandes et des réclamations formulées par les patients lors des réunions de la permanence ;
- Des demandes et des réclamations formulées par les patients et mentionnées dans le registre des réclamations tenu par le directeur dans le respect du secret professionnel et de la vie privée des patients ;
- De l'action du médecin conciliateur ;
- Des suites gracieuses et éventuellement juridictionnelles données aux doléances ;
- De l'analyse des enquêtes de mesure de satisfaction des patients.

L'ensemble de ces missions permet aux commissions de conciliation d'établir un rapport annuel d'activité ainsi que des recommandations adressées au directeur. Ce rapport annuel est transmis aux différentes instances consultatives et délibératives de l'établissement. Le Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation est habilité à se le faire communiquer.

B. Les commissions de conciliation : de la composition aux modalités de fonctionnement

La commission de conciliation est composée comme suit :

- Le président de la Commission Médicale d'Etablissement ou son représentant ;
- Le médecin conciliateur et son suppléant ;
- Un représentant de la Commission du Service des Soins Infirmiers et son suppléant ;
- Les deux représentants des usagers au Conseil d'administration.

Le directeur de l'établissement assiste aux réunions avec voix consultative. Il peut se faire accompagner des collaborateurs de son choix. La commission élit en son sein un président et un vice-président.

De façon à ce qu'elle puisse mener ses missions d'assistance, d'orientation et d'information, les établissements de santé sont invités à organiser une permanence hebdomadaire, assurée par les membres de la commission de conciliation ainsi que par des médecins ou des infirmiers exerçant ou ayant exercé dans l'établissement. La permanence est 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. Elle est également un lieu d'information sur les délais et voies de recours. Un compte rendu de l'activité de la permanence est adressé à la commission qui se réunit, pour sa part, au moins trois fois par an.

C. Les acteurs de la conciliation hospitalière

Deux personnages jouent un rôle essentiel dans le fonctionnement de la conciliation à l'hôpital : le directeur de l'établissement et le médecin conciliateur.

Le directeur accuse réception de chaque réclamation écrite et donne la possibilité à toute personne qui ne peut s'exprimer que par oral de voir consigner sa doléance par écrit.

Le directeur se charge également de l'instruction du dossier avant de répondre au patient, en s'appuyant sur les conclusions du médecin conciliateur si l'activité médicale est en cause. Pour mener à bien cette instruction, le directeur de l'établissement fait appel au chef de service responsable du secteur concerné par le dysfonctionnement signalé. Il s'agit de l'informer de la nature de la réclamation, de faire le point sur la situation et, le cas

échéant, d'engager des mesures correctrices. Il revient également au directeur d'hôpital de prévenir le médecin ou l'agent mis en cause afin que ces derniers expriment leur point de vue. Les faits doivent être appréciés de manière contradictoire. Dans ce cadre, le directeur d'hôpital met en œuvre les dispositions statutaires associant les principes de responsabilité et de protection des agents publics.

Le médecin conciliateur se voit confier l'instruction des dossiers mettant en cause l'activité médicale. Ce médecin conciliateur, ainsi que son suppléant, sont désignés, par le directeur, parmi les médecins exerçant ou ayant exercé dans l'établissement, après avis de la Commission Médicale d'Etablissement.

Le médecin conciliateur peut rencontrer les patients s'il l'estime utile ou si ceux-ci le demandent. Son intervention a comme objectif principal de faciliter le dialogue du patient avec l'équipe médicale. S'il souhaite consulter un dossier médical, il doit, au préalable, obtenir l'accord de la personne concernée ou de ses ayants droit. Le médecin conciliateur apparaît comme " la pièce maîtresse du dispositif ".⁸ En effet, il intervient le plus souvent sur des dossiers particulièrement difficiles.

René DUCLOS, s'appuyant sur l'expérience toulousaine, dresse une liste des doléances qui déclenchent, le plus fréquemment, l'action du conciliateur médical : les défauts ou les insuffisances d'information ; l'inadéquation de la prise en charge médicale par rapport aux attentes des patients ; une attention insuffisante accordée à leurs besoins fondamentaux ; le non-respect de la dignité de la personne ; les problèmes relationnels avec le patient ou ses proches. Le conciliateur intervient davantage en tant que " coordonnateur " que comme " conciliateur " au sens juridique du terme.

Son statut soulève certaines interrogations car d'aucuns soulignent que son indépendance ne peut être que relative par rapport à l'établissement qui l'emploie. Dès lors, le succès de son action réclame un certain nombre de qualités préalables telles que l'aptitude au dialogue, le sens de l'écoute, l'indépendance d'esprit et l'impartialité.

1.2 La conciliation : philosophie de la réglementation

Il a déjà été souligné que la première expérience de conciliation, datant de 1981, s'est révélée être un échec.

Dès lors, il convient de s'interroger sur les raisons qui ont motivé la reprise d'un dispositif de conciliation dans un texte normatif.

En quelques années, le monde sanitaire a connu de profonds changements. La consécration du droit des patients, la démarche qualité et la nécessaire gestion des plaintes

et des réclamations qu'elle suppose, la recherche de modes alternatifs au règlement des litiges dans un environnement jurisprudentiel plus favorable aux victimes d'accidents médicaux et l'essor de la transparence dans la vie administrative constituent autant de facteurs rendant nécessaire l'organisation de procédures de conciliation à l'hôpital.

1.2.1 Conciliation et consécration du droit des patients

Parce que le statut du patient à l'hôpital a évolué, parce que les obligations juridiques qui s'imposent au service public hospitalier sont de plus en plus nombreuses et complexes, des procédures de conciliation apparaissent nécessaires lorsqu'un patient s'avère mécontent de la prise en charge dont il a été l'objet.

A. Le patient à l'hôpital : du sujet de soins au consommateur de santé

La notion de paternalisme médical a longtemps caractérisé la pratique soignante. En effet l'asymétrie d'informations qui caractérise l'univers de la santé était à l'origine d'une relation médecin/patient identifiée comme inégalitaire. Nul ne saurait nier, en effet, la complexité de la matière médicale et les inégalités de perception de la maladie qu'elle engendre.

Ce fossé se creuse au début " Trente Glorieuses " lorsque la médecine devient de plus en plus technique et invasive. La révolution biologique et génétique en cours accroît le champ des possibles. En même temps, les citoyens éprouvent le sentiment que l'hôpital considère le malade davantage par rapport à sa maladie que pour lui-même. François PONCHON s'interroge afin de savoir si " les progrès médicaux et chirurgicaux ont pris le pas sur la qualité de la relation humaine et le respect de la personne ".⁹

Depuis quelques années cependant, ces relations entre le patient et l'institution hospitalière connaissent de profondes évolutions. La personne hospitalisée devient détentrice d'un certain nombre de droits reconnus et protégés. Ces droits tendent même à s'affirmer comme une exigence majeure réclamée avec insistance par le corps social.

L'utilisateur du service public hospitalier est soucieux du respect de son autonomie et de son individualité. La généralisation de la protection contre le risque maladie, la vulgarisation des explications de certaines maladies par le biais d'émissions télévisées ou de journaux spécialisés, la montée de l'individualisme transforment peu à peu le patient en

consommateur de soins. Le souci de l'intégrité physique génère selon Lucien SFEZ une nouvelle utopie, celle du corps parfait.¹⁰

Dans le même temps, les crises sanitaires apparues ces vingt dernières années conduisent à une désacralisation du corps médical. L'apparition du Sida, le retour des épidémies et des maladies infectieuses ont ébranlé le concept de progrès médical continu. Ce mouvement de désacralisation est à l'origine d'une demande relationnelle plus égalitaire, l'équipe soignante devenant prestataire de services. Dès lors, guérir est une obligation et l'échec thérapeutique devient coupable. Le professeur DABADIE, chef de service des urgences à l'hôpital Pellegrin (CHU de Bordeaux) met en garde contre une attitude exagérée de la part des usagers du service public hospitalier : " Tant que les français n'auront pas une culture de santé, nous aurons toujours des consommateurs à la porte de l'hôpital ".¹¹

B. Du patient au citoyen : présentation des droits de la personne hospitalisée

Cette analyse de l'évolution des rapports entre l'institution hospitalière et le patient explique l'affirmation progressive de ce que l'on a coutume d'appeler les droits de la personne hospitalisée.

- Les droits de la personne hospitalisée sont avant tout ceux accordés aux citoyens.

Ces droits sont inscrits dans un ensemble de textes épars mais il convient de se poser, avant d'aller plus avant, la question suivante : " Les droits de la personne malade : ce champ de réflexion pourrait, au premier abord, susciter quelque perplexité. La maladie justifierait-elle, en effet, un statut particulier du citoyen que la déclaration des droits de l'homme n'aurait pas suffisamment assuré " ?¹²

Cette réflexion rappelle que le monde hospitalier n'est pas une terre isolée du reste de la société. Dès lors les droits que les patients peuvent revendiquer à l'hôpital sont ceux dont dispose tout citoyen. A cet égard, la Charte du patient hospitalisé du 6 mai 1995 mentionne, dans son préambule, qu'" au-delà de la réglementation sanitaire qu'ils appliquent, les établissements de santé se doivent de veiller au respect des droits de l'homme et du citoyen reconnus universellement, ainsi que des principes généraux du droit français : non-discrimination, respect de la personne, de sa liberté individuelle, de sa vie privée, de son autonomie ". On regrettera toutefois la faiblesse normative de cette charte puisqu'il s'agit d'une simple circulaire.

- Le patient hospitalisé dispose également de droits spécifiques

Adoptée à Luxembourg par le comité hospitalier de la C.E.E, une Charte du malade usager de l'hôpital existe depuis le 9 mai 1979. Toutefois, elle n'a pas encore été traduite dans le droit français.

De même, la déclaration d'Alma-Ata témoigne du souci de l'Organisation Mondiale de la Santé de voir l'accès aux soins universellement garanti.

En France, une réflexion a été conduite, dans les années 1970, relative à l'humanisation des structures de soins. Le rapport DUCAMIN constituant le point de départ de ces débats entraîna la parution du décret du 14 janvier 1974 relatif aux règles de fonctionnement des hôpitaux, suivi d'une Charte du malade hospitalisé. Ces deux textes font apparaître la notion de droits et devoirs réciproques des patients et des personnels.

Cette charte réactualisée en 1995 inscrit donc clairement les droits de la personne malade dans une logique de filiation avec les droits de l'homme et du citoyen. Mais elle fait également référence à des textes généraux tels que la loi informatique et libertés et celle sur la communication des documents administratifs de 1978. Elle reprend également les dispositions prévues par les lois de bioéthique protégeant les personnes qui se prêtent à des recherches médicales.

Parallèlement à ces droits fondamentaux, de nouvelles dispositions émergent, traduisant l'évolution des mentalités ou l'accélération des techniques médicales.

- Les nouveaux droits des personnes hospitalisées

Ces droits contemporains gravitent autour de deux thématiques : les droits liés aux soins et ceux relatifs à l'information.

- les droits liés aux soins :

Au sein de cette catégorie, le droit d'accès aux soins constitue la pierre angulaire de l'organisation sanitaire française. Cette notion d'accès aux soins peut se définir comme " la faculté offerte à tous de pouvoir se faire soigner de manière préventive ou curative sans référence à des niveaux de revenus ".¹³ De cette définition découle un enjeu crucial pour les personnes les plus démunies. Si de nombreux textes rappellent de manière régulière la mission sociale de l'hôpital, de nouvelles dispositions tendent à renforcer cette orientation. En effet, la loi du 29 juillet 1998 prévoit la mise en place de Permanences d'Accès aux Soins proposant des actions d'éducation pour la santé, de prévention, de soins ou de réinsertion.

La loi du 28 juillet 1999 concernant la couverture maladie universelle présente l'intérêt majeur d'améliorer la protection contre le risque maladie des personnes en situation de précarité.

Le droit à des soins de qualité dans un environnement sécurisé constitue une autre des priorités contemporaines. La question de la sécurité est apparue à travers le prisme des infections nosocomiales. Depuis, le débat s'est étendu à d'autres thématiques. Peu à peu émerge un droit de la sécurité sanitaire. Selon D.TABUTEAU, la sécurité sanitaire se définit " comme la sécurité des personnes contre les risques thérapeutiques de toute nature, risques liés aux choix thérapeutiques, aux actes de prévention, de diagnostic, ou de soins, à l'usage de biens et produits de santé comme aux interventions et décisions des autorités sanitaires ".¹⁴

Dans ce contexte, la mise en place de mesures de vigilances sanitaires devient une priorité. On peut les regrouper en cinq ensembles : l'hémovigilance, la pharmacovigilance, la biovigilance, la matériovigilance et la toxicovigilance.

Cependant, la sécurité des patients dépasse le cadre de ces vigilances et s'organise également autour des axes suivants : la sécurité anesthésique (décret du 5 décembre 1994), la sécurité transfusionnelle (loi du 4 janvier 1993), la lutte contre les infections nosocomiales, la sécurité périnatale (décrets des 9 et 10 octobre 1998).

Enfin, il paraît opportun de souligner que ce droit d'accès pour tous à des soins de qualité, dans des conditions de sécurité optimales, doit se faire également dans le souci de la lutte contre la douleur. Le soulagement des douleurs et la prise en considération de la souffrance émanent de requêtes du corps social auxquelles les établissements de santé sont invités à répondre depuis la loi du 4 février 1995. Dans la continuité du traitement de la douleur, les patients bénéficient également de la possibilité de se voir dispenser des soins palliatifs si leur état le requiert.

- le droit à l'information :

A l'heure de la démocratie sanitaire, le patient est en droit d'exiger une information de qualité, indispensable à l'instauration d'un climat de confiance et préalable nécessaire à l'obtention d'un consentement libre et éclairé. Si la délivrance du livret d'accueil ou la possibilité d'accès au dossier médical se révèlent nécessaires, l'information primordiale est l'information médicale. L'article 35 du Code de déontologie médicale rappelle " que tout médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout

au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension ”. ¹⁵

La Cour de cassation, dans un arrêt du 25 février 1997 ¹⁶, fait reposer la charge de la preuve de cette information sur les membres du corps médical, abandonnant ainsi sa jurisprudence traditionnelle. Par ailleurs, dans un autre arrêt du 14 octobre 1997, la Cour de cassation étend l’obligation d’information à tous les risques médicaux connus, y compris exceptionnels. Le considérant est rédigé de la manière suivante : “ hormis les cas d’urgence, d’impossibilité ou de refus du patient d’être informé, un médecin est tenu de lui donner une information loyale, claire et appropriée sur les risques graves afférents aux investigations et soins proposés ; il n’est pas dispensé de cette obligation par le seul fait que ces risques ne se réalisent qu’exceptionnellement ”. ¹⁷

Le Conseil d’Etat s’est rallié, en ce qui concerne les établissements publics de santé, à cette jurisprudence par deux arrêts du 5 janvier 2000. ¹⁸

Désormais, et selon les conclusions de Didier CHAUVEAUX, Commissaire du Gouvernement, “ l’information du patient est une formalité incombant aux praticiens qui doivent pouvoir justifier qu’ils s’en sont acquittés alors que l’intéressé n’est pas en mesure d’apporter la preuve contraire ”. ¹⁹

C. La conciliation, comme moyen de protection des droits des patients

Comme le signale François PONCHON, “ que peut être l’affirmation d’un droit s’il n’est pas assorti de garanties ” ? ²⁰

La multiplication des textes réglementaires n’est pas, en soi, une garantie de leur respect sur le terrain. Ce constat appelle la remarque suivante de C. TESNIERE, directeur de la clientèle et de la conciliation au CHU de Bordeaux : “ La confrontation entre les attentes légitimes des personnes malades – soucieuses de voir affirmé le respect de leur individualité, de leur autonomie, de leur intimité et de leurs libertés – et la fragmentation, toujours plus complexe, du champ technique et relationnel du monde de la santé ont mis en évidence la difficulté à construire un dispositif cohérent et exempt de conflits ”. ²¹

Les procédures de conciliation sont susceptibles de garantir ou de faire respecter les droits essentiels de la personne hospitalisée. Ce n’est pas un hasard si l’ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l’hospitalisation publique et privée prévoit la création des commissions de conciliation dans son titre premier “ Les droits des malades ”.

Selon Jean-Marc DAUBOS, du Centre Hospitalier d'Auch, " la mise en place d'une commission de conciliation constitue une innovation permettant aux patients de mieux garantir leurs droits ".²²

Pour Sandie CHILLON et Patrick BROSSAULT, la conciliation " officialise les recommandations incluses dans la circulaire du 6 mai 1995 relative aux droits des malades : le droit d'être écouté et celui d'être entendu ".²³

Les auteurs ajoutent même que la mission première de la commission de conciliation " s'inscrit dans le prolongement des droits à l'information affirmés par la charte du patient hospitalisé ".

1.2.2 De l'évaluation de la satisfaction des patients à la gestion des plaintes : la conciliation au cœur de la démarche qualité

La loi du 31 juillet 1991 imposait aux établissements de santé l'évaluation de leurs pratiques et de leur organisation.

L'ordonnance du 24 avril 1996 confirme ce dispositif en prévoyant une procédure d'accréditation comme une étape essentielle dans l'amélioration continue de la qualité des prestations des organisations sanitaires. Cette accréditation est conduite sous l'égide de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé qui, afin de guider les établissements dans leur démarche d'autoévaluation, a édité un manuel d'accréditation mentionnant l'ensemble des références sur lesquelles porteront les analyses des experts-visiteurs. Parmi ces références, une place importante est accordée aux droits et à l'information des patients d'où l'importance des actions d'évaluation de la satisfaction et des procédures de gestion des plaintes et des réclamations.

La conciliation hospitalière, observatoire des réclamations, permet d'apporter une réponse efficace à ces deux notions.

Dans les développements suivants, on entendra par plainte ou réclamation " toute expression d'un mécontentement, qu'elle soit justifiée ou pas, émanant d'un patient, de son entourage ou d'un visiteur, et relative à un événement survenu à l'hôpital ".²⁴

En pratique JP LENTILHAC, juriste à la SHAM, distingue cinq niveaux de doléances.²⁵ Le premier niveau consiste en la simple expression d'une insatisfaction, le second poursuit un but conservatoire c'est-à-dire que le plaignant souhaite que sa réclamation soit enregistrée et conservée par l'établissement, le troisième niveau nécessite une rencontre, la formulation d'excuses ou d'explications plus détaillées. Les quatrième et

cinquième niveaux se situent à un échelon contentieux, il s'agit pour le patient d'engager une action pénale ou une action indemnitaire, voire les deux simultanément.

A. La conciliation au service de l'évaluation de la satisfaction des patients

Il est possible d'appliquer dans le domaine de la qualité des soins l'analyse pyramidale de MASLOW sur la satisfaction des besoins.

La dispensation des soins correspond aux besoins primaires, donc à la base de la pyramide. Ensuite, la recherche de l'amélioration de la manière dont ils sont dispensés répond à la satisfaction des besoins secondaires mais essentiels. Dans ce domaine, le patient est en attente d'écoute et d'information de la part des équipes soignantes. Il se montre également soucieux du respect de son intimité et de sa vie privée.

Pour DONADEBIAN, " la satisfaction du client est d'une importance fondamentale comme mesure de la qualité des soins car elle donne des informations sur la capacité des professionnels de santé à répondre aux attentes du client qui sont des domaines où le client est l'autorité suprême ".²⁶

La volonté des pouvoirs publics de mesurer la satisfaction des patients date des lendemains de la seconde guerre mondiale.

Mais, c'est avec le décret du 14 janvier 1974 que le questionnaire de sortie acquiert un statut juridique. Pour Lin DAUBECH, ce texte donne pour la première fois depuis 1943 valeur réglementaire aux relations du malade avec l'hôpital.²⁷

La loi du 31 juillet 1991 insère dans le Code de la santé publique les dispositions suivantes : " les établissements de santé, publics ou privés, développent une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et de tout autre action concourant à une prise en charge globale du malade afin notamment d'en garantir la qualité et l'efficience ".

Avec l'ordonnance du 24 avril 1996, la mesure de l'évaluation de la satisfaction des patients devient davantage contraignante car les résultats de ces évaluations sont pris en compte dans le cadre de la procédure d'accréditation.

Il existe une panoplie d'outils permettant d'appréhender la satisfaction des patients qui, comme l'écrit Gérard LAIRY " naît de l'appréciation, par le patient de ce qu'il a perçu de sa prise en charge en regard de ce qu'il peut espérer ".²⁸

Christian SOUBIE dresse un panorama des outils quantitatifs et qualitatifs utilisés pour apprécier la satisfaction des patients. Au titre des premiers, on trouve essentiellement

le questionnaire de sortie et des enquêtes portant sur des thèmes spécifiques ou à destination d'un public particulier. Au rang des outils qualitatifs, on distingue traditionnellement les entretiens et le traitement des plaintes des patients. Le traitement des réclamations permet d'aborder la satisfaction des patients sous l'angle des dysfonctionnements réels ou ressentis. Selon B. GUIMBAUD traiter ces réclamations conduit à actionner " un processus visant à réduire l'insatisfaction des patients ".²⁹

Selon C. SOUBIE, " l'utilisation des plaintes comme outil de mesure de la satisfaction des patients offre plusieurs types d'avantages : disponibilité des plaintes, coût peu élevé de leur analyse, discrétion ".³⁰

Néanmoins, quelques biais sont identifiés dans l'utilisation des réclamations comme indicateurs de satisfaction. En effet, ces plaintes manquent de précision technique et, parfois de véracité clinique. Par ailleurs, elles ne constituent qu'une fraction minime de la non-satisfaction. Il est vrai qu'un certain degré de mécontentement doit être atteint pour que le patient se décide à révéler ses griefs. Comme le souligne C. SOUBIE " la plainte réclame une démarche volontaire, une connaissance des interlocuteurs, c'est-à-dire une motivation forte".³¹

La commission de conciliation peut jouer un rôle important dans l'évaluation de la satisfaction des patients. Elle est destinataire de la majorité des doléances exprimées par les usagers tandis qu'elle reçoit une information régulière sur les dossiers contentieux ou transactionnels de l'établissement.

Cette évaluation de la non-satisfaction grâce à la commission de conciliation permet de traiter les plaintes de manière optimale.

B. La commission de conciliation, organe de gestion des plaintes

La gestion des plaintes fait l'objet d'un critère spécifique du manuel d'accréditation. La conciliation hospitalière constitue une procédure efficace de traitement des plaintes.

- Le traitement des plaintes par la commission de conciliation permet d'obtenir des informations pertinentes sur les dysfonctionnements de l'établissement.

Grâce au bilan d'activité annuel de la commission de conciliation, il est possible de décrire de manière exhaustive les secteurs concernés par des réclamations, les origines de celles-ci ainsi que les buts recherchés par les patients.

On se souvient de l'expérience du CHU de Brugmann à Bruxelles dont la direction analysa systématiquement toutes les plaintes qui lui furent adressées entre 1986 et 1995. Il convient de présenter les grandes lignes de cette étude.

Celle-ci permit aux instances dirigeantes de s'apercevoir que c'est le secteur de l'hospitalisation qui génère le plus d'insatisfactions devant les urgences, les consultations et les services médico-techniques.

Au niveau de l'hospitalisation, les réclamations touchent essentiellement la chirurgie (avec une forte proportion pour la discipline orthopédique) puis la médecine et, enfin, la gynécologie-obstétrique.

Les auteurs de l'étude mettent en exergue que chez les patients les plus jeunes l'insatisfaction concerne essentiellement la chirurgie tandis que les personnes âgées se plaignent des services médicaux en premier lieu. L'étude démontre également que même si le nombre de plaintes est faible, eu égard au nombre d'entrées, les chiffres témoignent d'une augmentation de leur incidence statistique.

Les problèmes relatifs aux soins médicaux, à l'information et à la communication, à l'attitude du personnel ainsi qu'à l'organisation totalisent plus de 80 % des réclamations. En revanche, les soins infirmiers comme l'hôtellerie sont relativement peu mis en cause.

Dans le domaine des soins médicaux, les motifs de plaintes portent majoritairement sur la qualité du diagnostic, du traitement et les complications post-opératoires.

En ce qui concerne l'information et la communication, la plupart des courriers adressés au CHU de Brugmann font état d'un manque de dialogue entre le patient et l'équipe soignante.

En matière de comportement, certaines lettres soulignent le manque de politesse du personnel, ainsi que le défaut d'intérêt à leur égard. Cette enquête met en exergue les besoins de disponibilité et d'humanité exprimés par les patients.

Les réclamations qui gravitent autour de questions organisationnelles mettent en avant des délais excessifs de prise en charge ou un manque de coordination entre les différents secteurs d'activité concernés.

Quels sont les buts poursuivis par les plaignants ? En premier lieu, les patients veulent informer la direction du désagrément dont ils ont été victimes et souhaitent que leur témoignage soit bénéfique pour d'autres personnes hospitalisées. Ils peuvent également rechercher la présentation d'excuses, une indemnisation, parfois un motif pour refuser de payer. Dans certains cas, relativement rares, le plaignant souhaite que des sanctions soient prises à l'encontre du personnel incriminé.

Cette étude est riche d'enseignements sur les motifs de mécontentement des patients, sur les secteurs concernés et sur les buts recherchés. Le rapport annuel de la

commission de conciliation doit permettre aux instances dirigeantes de l'établissement de disposer d'une cartographie des réclamations et de données statistiques fiables sur les plaignants et sur leurs intentions.

Ce rôle d'analyse des doléances permet à la commission de conciliation de devenir un partenaire de la démarche qualité.

- Commission de conciliation et gestion des plaintes au cœur de la démarche qualité

L'analyse des réclamations fait partie intégrante de la démarche d'amélioration continue de la qualité.

Le manuel d'accréditation, rédigé par l'ANAES, et dont la version définitive date de février 1999, dans sa référence sur les droits et l'information des patients, met en exergue les différents critères suivants : " L'établissement facilite l'expression des suggestions, réclamations et/ou plaintes des patients " ; " Toutes les réclamations et/ou plaintes des patients sont analysées et ont une réponse " ; " Les procédures de conciliation, dont les patients et les professionnels sont informés, sont organisées par l'établissement " .

Dès lors, la conciliation est une procédure interne à l'établissement à laquelle les experts-visiteurs de l'ANAES devraient s'intéresser au cours de leur visite. Seule une commission de conciliation dynamique et efficace permettra aux établissements de santé de respecter ces critères d'accréditation.

Au-delà, les enseignements issus de la conciliation doivent favoriser l'amélioration de la qualité de l'organisation. Comme le souligne P. ROUSSEL, " aborder la qualité par la non-qualité quotidienne constitue un point de passage obligé fréquent pour amener peu à peu une institution à réfléchir sur son organisation et ses pratiques " .³²

Dans son ouvrage I. Lucas BALOUP, évoquant les recommandations émanant des commissions de conciliation, précise que " parce qu'elles contribueront, directement ou indirectement, à lutter contre les dysfonctionnements, elles constitueront forcément un instrument utile participant à la prévention des risques dans l'établissement " .³³

Selon le directeur général du CHU de Dijon, " la conciliation médicale intervient dans la gestion de la qualité et des risques car elle peut avoir un rôle préventif pour améliorer certaines anomalies " .³⁴

Enfin, JP GASSEE et A. MEIRESONNE, insistent sur le fait que " l'analyse des plaintes est un indicateur utile en matière de qualité des soins dans la mesure où les remarques qui y sont formulées sont empreintes d'un réel bon sens auquel on n'a peut-être pas attaché suffisamment d'importance jusqu'à ce jour " .³⁵

En conclusion, la commission de conciliation, en tant qu'observatoire des plaintes et des réclamations, jouera un rôle pédagogique majeur et sera un acteur essentiel au cœur de la démarche qualité. Le traitement des réclamations fera, enfin, de la conciliation, un organe garant de " l'image de marque " de la structure hospitalière.

- Le traitement des plaintes par la commission de conciliation au service de la notoriété de l'établissement

La personne qui fait part de son mécontentement présente toutes les caractéristiques du leader d'opinion. Selon LAZERSFELD, " les leaders d'opinion sont des relais d'informations au centre de réseaux interpersonnels ".³⁶ Ils sont donc susceptibles de créer un préjudice important à l'établissement en terme de notoriété car ils vont faire part de leur mécontentement dans leur entourage et faire en sorte qu'une information négative circule.

OLIVER estime que seuls 5 % à 30 % des clients mécontents formalisent leur insatisfaction et la portent à la connaissance de l'institution. Sachant qu'une personne insatisfaite informe en moyenne onze personnes³⁷ (contre seulement trois lorsqu'elle est satisfaite), il est possible d'évaluer l'écho négatif du mécontentement pour un établissement de santé.

Soit un hôpital qui reçoit environ 100 lettres de plaintes et de réclamations par an : le nombre potentiel de personnes mécontentes se situe entre 330 (hypothèse à 30 %) et 2 000 (hypothèse à 5 %). Ainsi, on peut estimer que le nombre de personnes ayant reçu une information négative sur l'établissement oscille entre 3 630 et 22 000.

La conciliation joue un rôle efficace en terme de notoriété de l'hôpital. Elle favorise l'expression et le traitement des réclamations. Dès lors, le patient, mécontent à l'origine, trouve dans ce lieu d'écoute et d'échange un motif de satisfaction. Il n'est pas rare, en effet, que des personnes dont la doléance a été examinée par les acteurs de la conciliation adressent un courrier de remerciement à l'hôpital.

Gérer les plaintes et les réclamations dans les délais les plus brefs possibles permet de diminuer le nombre de personnes recevant un écho négatif sur l'établissement de santé et favorise le rétablissement d'un lien de confiance entre l'hôpital et l'usager.

1.2.3 La commission de conciliation, organe de prévention des litiges ?

L'augmentation du nombre de contentieux dans le domaine de la responsabilité hospitalière a favorisé l'émergence d'une réflexion sur la mise en place de modes alternatifs de règlement des litiges.

Certains commentateurs estiment que la création des commissions de conciliation participe de cette réflexion. Une analyse fine de leur fonctionnement conduit à nuancer cette filiation. En effet, la commission de conciliation ne dispose pas de prérogative précontentieuse. Ce n'est que grâce à leur rôle pédagogique que ces commissions pourront, à moyen terme, diminuer le nombre de contentieux.

A. L'augmentation des contentieux en matière de responsabilité hospitalière favorise l'essor d'une réflexion sur les modes alternatifs de règlement des litiges...

JP LENTILHAC signale que le nombre de sinistres déclarés auprès de la SHAM, mutuelle qui assure 50 % des lits d'hospitalisation publics, est passé de 800 en 1989 à 2 900 en 1999.³⁸

Cet accroissement entraîne deux conséquences majeures. Tout d'abord, il provoque une augmentation du montant des primes d'assurance. Ensuite, il fait peser une menace sur l'assurabilité des hôpitaux.

Ce phénomène est certes lié à l'essor du consumérisme dans le monde de la santé mais aussi, et surtout, aux avancées jurisprudentielles dans le domaine de la responsabilité hospitalière.

Si l'on prend l'exemple du secteur public de l'hospitalisation, on note de nombreuses évolutions depuis la fin des années 1980. L'abandon de la faute lourde dans le domaine des actes médicaux (C.E., 10 avril 1992, Epoux Vergos c/ CH Mt St Aignan), la reconnaissance d'une responsabilité sans faute en cas d'aléa thérapeutique (C.E., 9 avril 1993, Bianchi), le régime de la présomption de faute pour les infections nosocomiales (C.E., 9 décembre 1988, Cohen) et le renversement de la charge de la preuve en ce qui concerne l'information médicale (C.E., 5 janvier 2000, Guilbot et Telle) constituent les arrêts symboliques de la généralisation d'un droit à réparation.

Face à cet accroissement quantitatif du nombre de recours contentieux, des formules expérimentales de prévention des litiges ont été mises en œuvre.

On sait que le Conseil d'Etat encourage, dans l'ensemble des administrations, la mise en place d'alternatives non juridictionnelles au règlement des conflits, qu'il s'agisse de la conciliation, de la transaction ou de l'arbitrage. La Haute Juridiction a d'ailleurs consacré l'un de ses rapports annuels à ce thème.³⁹

Les pouvoirs publics, sensibles à cette problématique, ont pris des mesures de nature à favoriser la prévention des contentieux. Une circulaire du 6 février 1995 propose de développer le recours à la transaction afin de régler amiablement les conflits⁴⁰ tandis qu'une

autre circulaire du 9 février 1995 s'intéresse aux modalités de traitement des réclamations adressées à l'administration.⁴¹

Dans le domaine de la santé, l'Organisation Mondiale de la Santé préconise depuis de nombreuses années la mise en place de mécanismes indépendants de l'administration pour le suivi des plaintes par le biais de structures de médiation.⁴²

Le rapport du Conseil Economique et Social sur les droits de la personne malade⁴³ recommande également la mise en place de commissions de conciliation appelées à jouer un rôle d'écoute et d'orientation auprès des victimes en les aidant à apprécier l'existence ou non d'une faute, et à mieux identifier les voies et modalités de réparation éventuelle.

B. Même si les commissions de conciliation ne disposent pas de prérogative précontentieuse...

La circulaire du 1^{er} juin 1999 interdit aux commissions de conciliation de faire œuvre de conciliation.

Dans son acception juridique, la conciliation se définit comme un accord par lequel deux personnes en litige mettent fin à celui-ci soit par transaction, soit par abandon unilatéral ou réciproque de toute prétention, la solution du différend résultant non d'une décision de justice mais de l'accord entre les parties elles-mêmes. Selon cette définition, la transaction est perçue comme une solution éventuelle sur laquelle la procédure de conciliation peut déboucher. La transaction prend la forme d'un " contrat par lequel les parties terminent une contestation née ou préviennent une contestation à naître ".⁴⁴

Il convient de s'interroger sur les raisons pour lesquelles on a interdit aux commissions de conciliation d'engager des procédures transactionnelles.

En premier lieu, le directeur d'hôpital, représentant légal de l'établissement public de santé, ne peut ester en justice ou transiger que s'il y est autorisé par une délibération préalable du conseil d'administration. Ce dernier dispose d'une compétence générale en matière d'actions en justice et de recours aux transactions selon l'article L. 714-4 du code de la santé publique.

Par ailleurs, un autre obstacle juridique interdit aux commissions de conciliation d'exercer un rôle précontentieux. Il s'agit de l'article L. 124-2 du code des assurances qui accorde à l'assureur une clause de direction du procès et interdit à l'assuré de lui opposer une reconnaissance de responsabilité. Dès lors, les compagnies d'assurance ne faisant pas

partie des commissions de conciliation, il est impossible à ces dernières de proposer une quelconque transaction financière.

Dans le paysage sanitaire français, seule l'Assistance Publique/Hôpitaux de Paris dispose d'une véritable action précontentieuse institutionnalisée. Le recours à la transaction y est possible pour deux raisons. Tout d'abord, en deçà d'une demande de réparation de trois millions de francs (la grande majorité des requêtes), le directeur de l'AP/HP dispose d'une compétence exclusive afin de recourir à la transaction ce qui lui offre une certaine marge de manœuvre dans la gestion et le traitement des plaintes. En outre, l'AP/HP est son propre assureur, ce qui lui permet de prendre la décision de transiger, sans avoir à en référer à une compagnie d'assurance. Le recours à la transaction évite à l'AP/HP une condamnation devant les tribunaux tandis qu'il offre aux plaignants une juste indemnisation.

C. ...elles peuvent prévenir efficacement les litiges.

On distingue généralement la prévention primaire de la prévention secondaire. La première vise à agir sur le fait générateur du conflit, elle s'apparente à la gestion des risques et tente d'éviter que le litige ne survienne. Elle propose une action sur les causes. La prévention secondaire a comme objectif d'éviter que le litige ne soit porté devant une instance juridictionnelle. C'est la notion de gestion précontentieuse des conflits.

Il a été souligné que les commissions de conciliation étaient dépourvues de fonction précontentieuse. Cela signifie-t-il qu'elles ne jouent aucun rôle en matière de prévention de la juridictionnalisation des litiges ? Certainement pas.

De fait, le manque d'informations et l'absence de dialogue sont à l'origine de beaucoup de contentieux aisément désamorçables. Les diverses expériences menées par les grands hôpitaux parisiens et lyonnais ont démontré " que nombre de conflits ou de procédures pourraient être évités par un dialogue préventif ".⁴⁵

Selon B. GUIMBAUD, " 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 ".⁴⁶

Pour A. LEVASSEUR, " une bonne explication, apportée par une personne compétente et compréhensive, correspond parfois mieux à l'attente d'un usager qui ne demande quelquefois pas tant une sanction ou une réparation qu'un éclaircissement ou la correction de ce qu'il considère comme une insuffisance de l'administration ".⁴⁷

Le dialogue renouvelé peut ainsi " éteindre un feu qui couve " comme l'écrivent S. CHILLON et P. BROSSAULT.⁴⁸

Incontestablement, la conciliation hospitalière qui permet de restaurer un dialogue est susceptible de prévenir des actions contentieuses motivées par la seule volonté de savoir.

Au-delà, on est en droit également d'attendre de la commission de conciliation qu'elle soit un des fers de lance de la prévention primaire des litiges. Il a déjà été souligné que son action contient un potentiel pédagogique susceptible de dynamiser la gestion des risques à l'hôpital. Le bilan annuel d'activité comme la formulation de recommandations œuvrent en ce sens.

En définitive, même si la commission de conciliation ne développe pas une action précontentieuse, son rôle en matière de prévention des litiges paraît important.

Cette première partie a permis de retracer l'historique des procédures de conciliation et de prévention des litiges dans le monde de la santé. Le dispositif juridique prévu par l'ordonnance du 24 avril 1996 instaurant les commissions de conciliation a également été présenté et analysé.

Puis, les raisons qui ont présidé au retour du concept de conciliation à l'hôpital ont été analysées. La consécration des droits de la personne hospitalisée, la démarche d'amélioration continue de la qualité et la gestion des plaintes et des réclamations qu'elle suscite ainsi que la recherche de modes alternatifs au règlement des litiges apparaissent comme les vecteurs d'une procédure de conciliation qui s'insère, progressivement, dans la culture des professionnels de santé.

DEUXIEME PARTIE

La conciliation au CHU de Bordeaux

La seconde partie de ce mémoire est consacrée à l'analyse du fonctionnement de la conciliation au CHU de Bordeaux. Sont ainsi présentés l'historique de la conciliation dans les hôpitaux bordelais, son fonctionnement actuel et ses premiers bilans d'activité. La réalisation de ce travail a été enrichie par les résultats de deux enquêtes : l'une auprès des établissements de l'Union Hospitalière du Sud-Ouest et de l'ensemble des CHU, l'autre auprès des médecins titulaires et des cadres soignants du CHU de Bordeaux (soit 900 personnes sollicitées).

A ces deux enquêtes viennent s'ajouter les principales conclusions du colloque organisé le 16 juin 2000 par le CHU de Bordeaux sur " la conciliation médicale, un an après ".

Le directeur général du CHU de Bordeaux considère le droit des patients comme l'un des grands chantiers de la réforme hospitalière à mettre en œuvre et estime que la mise en place de procédures de conciliation constitue l'un des vecteurs de cette réforme.

Aussi n'attend-t-il que quelques mois après la publication de l'ordonnance du 24 avril 1996 avant de nommer un conciliateur médical, le professeur PARNEIX. Cette décision prise, avant même la parution du décret d'application relatif à l'organisation et au fonctionnement des commissions de conciliation, permet au CHU de se doter de structures destinées à répondre aux doléances exprimées par ses patients.

Peu à peu, le concept de conciliation s'impose aux professionnels de santé. Il devient l'un des multiples projets managériaux de l'établissement, comme en atteste la création de la commission de conciliation au mois de mai 1999.

La présentation du parcours du CHU de Bordeaux permet de dresser un bilan d'activité extrêmement riche tout en analysant la perception de la conciliation par les professionnels de l'établissement les plus concernés par cette question.

Enfin, une enquête réalisée auprès d'établissements de la région et de tous les CHU de France offre un cadre comparatif intéressant tout en faisant le point sur la mise en place des commissions de conciliation dans l'hexagone.

2.1 De la conciliation médicale à la commission de conciliation : le parcours du CHU de Bordeaux

C'est au cours de la CME du 11 février 1997 que la nomination du professeur PARNEIX est officiellement annoncée.

2.1.1 La naissance de la conciliation au CHU de Bordeaux

Le professeur PARNEIX présente alors les différentes missions qui lui sont confiées :

- Mission de médiation en cas de conflit grâce à une collaboration étroite avec le chef de service ou le praticien qui a pris en charge le patient ;
- Rôle d'éclairage médical au bénéfice des deux directions (direction de la clientèle et direction des affaires juridiques) avec lesquelles il travaille sur le bien fondé des réclamations. Dans ce cadre, le conciliateur n'agit pas en expert et ne propose pas de transaction financière ;

- Fonction de prévention puisqu'il est également chargé de l'élaboration d'un bilan présenté à la CME.

2.1.2 L'organisation et le fonctionnement de la conciliation médicale

Au cours de la même CME, madame TESNIERE, directeur de la clientèle, chargée de la conciliation, présente l'organisation du traitement des réclamations prévue au CHU de Bordeaux. Elle analyse les modes d'entrée de ces réclamations ainsi que les personnes qui en sont destinataires.

A. Le mode d'entrée des réclamations

Le mode d'entrée des réclamations adressées au CHU de Bordeaux est très hétérogène.

Il peut s'agir notamment :

- d'une lettre ;
- de remarques formulées sur un document ;
- de communications téléphoniques.

Le directeur de la clientèle qui a en charge les dossiers de conciliation a mis en place un système centralisé de recueil des informations (cf. annexes), quel que soit le moyen choisi par le patient afin d'exprimer son mécontentement.

B. Les personnes destinataires des réclamations

Une grande hétérogénéité est également constatée au niveau des personnes destinataires de ces doléances.

Il peut s'agir du directeur général du CHU, du directeur du site dans lequel le dysfonctionnement s'est produit, du directeur de la clientèle, du directeur des affaires juridiques, du chef de service concerné par la réclamation ou d'une personnalité extérieure (directeur départemental ou régional des affaires sanitaires et sociales ; directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation ; député ; maire ; ministre...).

Ainsi, si l'on veut éviter l'éparpillement des données en la matière, il est nécessaire que le circuit interne de circulation de l'information soit largement expliqué aux

professionnels de l'établissement, par le biais des instances consultatives, du journal interne ou du livret d'accueil. Cette question se pose dans une moindre mesure en ce qui concerne les personnalités extérieures qui saisissent, en principe, le directeur général du CHU.

Une fois identifiés le mode d'entrée de ces doléances ainsi que la personne destinataire, C.TESNIERE présente l'organisation retenue par le CHU afin de traiter les réclamations et de faire intervenir les acteurs de la conciliation.

C. L'identification préalable de trois niveaux de réclamations

Trois niveaux de réclamations peuvent d'être distingués :

- 1^{er} niveau : Il s'agit des réclamations concernant des domaines d'activité non liés aux soins (prestations hôtelières, délais d'attente, problèmes de nature administrative...). Ces réclamations sont traitées par la direction de la clientèle ou la direction du site concerné.
- 2^{ème} niveau : Il regroupe les doléances relatives aux soins qui sont immédiatement transmises au conciliateur médical. Celui-ci doit indiquer au directeur le type de réponse qu'il convient de formuler après avoir étudié le dossier avec le service qui a généré la réclamation.
- 3^{ème} niveau : Il concerne les plaintes pour lesquelles le patient évoque les notions de préjudice ou de mise en cause de la responsabilité de l'établissement ou de la personne physique à l'origine du mécontentement. Même si le conciliateur médical peut intervenir à leur sujet, ces réclamations sont instantanément transmises à la direction des affaires juridiques qui se met en relation avec l'assureur du CHU.

Cette classification des réclamations en trois niveaux distincts suppose que soit organisé un tri préalable. Le directeur de la clientèle est chargé de trouver, à la lecture des courriers de plaintes ou à la suite de conversations téléphoniques, le niveau de gestion le plus approprié au contenu du dossier.

D. Mode d'organisation de la conciliation médicale

La procédure de conciliation est organisée de la manière suivante :

1. Les réclamations concernant l'activité médicale et soignante sont adressées à la direction de la clientèle quels que soient leurs formes ou leurs destinataires ;

2. Le directeur de la clientèle envoie une lettre d'attente au plaignant lui indiquant que son dossier est en cours d'instruction et qu'il recevra rapidement de plus amples informations sur le préjudice qu'il estime avoir subi. Ce courrier d'attente est expédié dans un délai de trois semaines à compter de la date de la réclamation. Il comporte un document annexe que le plaignant devra renvoyer pour autoriser le conciliateur médical à accéder à son dossier médical ;

3. Le directeur de la clientèle envoie une copie du dossier au chef de service concerné en lui demandant de fournir, dans les plus brefs délais, des informations de nature à favoriser l'élaboration d'une réponse adressée au plaignant ;

4. Le médecin conciliateur se met en relation avec le service concerné afin d'étudier le dossier avec lui ;

5. Lorsqu'une réponse est prête, il convient d'en informer le patient. Pour ce faire, il est possible d'envisager une lettre de réponse, un entretien téléphonique ou une rencontre. Pour les dossiers les plus sensibles, le médecin conciliateur propose systématiquement une rencontre avec le patient et /ou ses proches.

L'efficacité de l'organisation mise en place au CHU repose sur la continuité dans la gestion des plaintes et des réclamations.

En effet, le directeur de la clientèle et le médecin conciliateur se rencontrent hebdomadairement pour faire le point sur les dossiers en cours. Cet échange permet de mettre au point la réponse à apporter aux patients et de relancer les services qui n'ont pas répondu à la lettre de la direction lorsqu'un certain délai s'est écoulé.

Cette cohésion dans la gestion des dossiers se traduit concrètement dans la signature conjointe des courriers de réponse.

On verra plus avant que cette organisation a été, en grande partie conservée, même à la suite de la mise en place officielle des commissions de conciliation.

Après la naissance de la conciliation en février 1997, celle-ci s'est progressivement insérée dans la culture des professionnels du CHU.

2.1.3 La conciliation et le projet d'établissement du CHU de Bordeaux

Le projet d'établissement du CHU, adopté le 3 juillet 1998 par le conseil d'administration, a été approuvé par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation le 14 janvier 1999.

A. Les objectifs conférés à la conciliation par le projet d'établissement

Le projet d'établissement évoque le thème de la conciliation médicale :

“ Le médecin conciliateur et le directeur de la clientèle ont conjointement déterminé et arrêté le niveau des réclamations qu'ils examineraient ensemble en tenant compte de la nécessité d'apporter une réponse dans les meilleurs délais au patient ou au consultant. Des informations ou des actions sont, pour chaque cas, proposées et validées avec le service médical concerné, la direction des affaires juridiques étant destinataire des dossiers pour lesquels un contentieux peut être envisagé ”.

Le projet d'établissement souligne encore que le décret d'application sur les commissions de conciliation, alors en cours d'élaboration, devrait susciter une modification de l'organisation en place.

Il fixe comme cadre de travail, d'une part, l'amélioration de l'information offerte aux usagers sur les possibilités de saisine des acteurs de la conciliation, et, d'autre part, la nécessité de faire un point régulier, auprès des services médicaux concernés, sur l'activité de ces acteurs. On peut lire que si “ ces impératifs sont d'ores et déjà pris en compte, il convient d'en faire un axe de travail prioritaire. En effet, ceci permettra aux professionnels mis en cause par les usagers de mieux connaître la dimension des récriminations, mais aussi de convenir de points d'amélioration permettant de réduire les actions précontentieuses ”.

Le document institutionnel fixe enfin les objectifs suivants :

1. favoriser le dialogue et l'échange d'informations, de manière à reconnaître et concrétiser les droits des patients et à éviter des conflits ou des actions juridiques

Le traitement systématique, par un processus interne, des réclamations médicales constitue une prise en compte institutionnelle du droit à l'information des patients, que les usagers mettent en œuvre de manière de plus en plus fréquente. Il permet de répondre à

des attentes qui, en l'absence de reconnaissance, pourraient déboucher sur une procédure judiciaire, possibilité légale que par ailleurs il n'écarte pas.

2. communiquer auprès des personnels médicaux et paramédicaux des informations quantitatives et qualitatives sur des réclamations concrètes des patients

Le suivi, grâce à un support informatisé, de la nature des réclamations, de leurs motivations et des réponses qui leur sont apportées permet d'élaborer un bilan d'activité présenté aux instances de l'établissement, mais aussi aux services et aux catégories professionnelles concernés.

3. Calendrier prévisionnel

Le projet d'établissement prévoit, échelonnés sur les années 1998 et 1999, la réalisation du circuit d'information interne, l'introduction dans le nouveau livret d'accueil d'une rubrique consacrée à la conciliation médicale et l'ajustement de l'organisation existante aux nouvelles dispositions réglementaires, au travers notamment de la mise en place d'une commission de conciliation.

4. La mesure de l'activité

La mesure de l'activité de la conciliation constitue l'ultime objectif fixé par le projet d'établissement de 1998. Il est fait mention de la production d'un rapport annuel d'activité ayant pour objectif principal de mieux connaître l'évolution du comportement des usagers.

B. Les réalisations du projet d'établissement : création de la commission de conciliation et premiers bilans d'activité

Les objectifs du projet d'établissement ont été atteints dans les délais prévus.

1. l'information des personnels et des usagers

On a vu, lors de la présentation de l'organisation de la conciliation, que les services étaient étroitement associés à la gestion des réclamations puisque des éléments d'information leur étaient demandés par le directeur de la clientèle et le médecin conciliateur.

Mais, au-delà de ces informations factuelles, liées à la survenue d'une réclamation, les personnels sont étroitement informés des actions de la conciliation grâce aux présentations périodiques qui ont lieu auprès des instances de l'établissement, et notamment la CME.

- CME du 11 février 1997 : nomination du professeur PARNEIX comme conciliateur médical ; présentation de l'organisation du traitement des réclamations.
- CME du 12 novembre 1997 : premier bilan d'activité ; présentation du colloque de Dijon sur la conciliation et la médiation médicale.
- CME du 8 décembre 1998 : second bilan d'activité ; présentation du décret n° 98-1001 du 2 novembre 1998 relatif à la commission de conciliation ; choix des nouveaux conciliateurs médicaux en raison du départ à la retraite du professeur PARNEIX. Le professeur BASTE est nommé médecin conciliateur tandis que le professeur COURTY est désigné en qualité de suppléant.
- CME du 13 avril 1999 : désignation du représentant de la CME devant siéger à la commission de conciliation, par délégation du président de la CME.

Des informations sur la commission de conciliation ont également été présentées en conseil d'administration ainsi qu'en conseil de direction. Pour leur part, les usagers ont connaissance de l'existence d'une structure de conciliation par le biais du livret d'accueil de l'établissement.

2. le bilan d'activité

Le directeur de la clientèle et le médecin conciliateur dressent un bilan annuel de leur activité de façon à répondre à l'objectif d'évaluation fixé par le projet d'établissement.

3. l'adaptation aux évolutions réglementaires : la création de la commission de conciliation

Le visage de la conciliation au CHU de Bordeaux a évolué au cours de l'année 1999 avec la création de la commission de conciliation (printemps 1999).

Elle s'est réunie pour la première fois le 26 mai 1999 et un bilan d'activité lui a été présenté par le directeur de la clientèle et le médecin conciliateur.

Le président de la commission de conciliation est le professeur BASTE, médecin conciliateur tandis que la vice-présidence est confiée à la représentante du service des soins infirmiers.

Le fonctionnement de la commission répond aux exigences réglementaires. En effet, celle-ci a élaboré son règlement intérieur, se réunit au moins trois fois par an et remet au directeur général du CHU son rapport d'activité.

2.1.4 L'insertion de la conciliation dans le projet managérial du CHU de Bordeaux

Durant l'année 2000, le CHU gère simultanément deux dossiers stratégiques majeurs : la signature du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et l'engagement dans la procédure d'accréditation (tous deux prévus par l'ordonnance du 24 avril 1996). Le thème de la conciliation fait partie intégrante de ces deux dossiers.

A. Conciliation et contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens a été signé entre le CHU et l'agence régionale d'hospitalisation d'Aquitaine le 19 juin 2000.

Le périmètre du contrat fait apparaître des " domaines " majeurs décomposés en thèmes et en fiches classées selon un rang de priorité.

Les domaines majeurs du contrat sont les suivants : la mise en œuvre du projet médical et du projet de soins infirmiers ; la mise en œuvre des orientations de santé publique ; l'accréditation et la qualité ; la sécurité ; la gestion des ressources humaines et la politique sociale ; les fonctions logistiques ; la gestion de l'information ; la coopération / complémentarité.

A l'intérieur du domaine " accréditation et qualité ", un thème, composé de plusieurs fiches, est consacré au patient. Une fiche s'intéresse spécifiquement à la conciliation tandis qu'une autre traite de la gestion des plaintes.

En ce qui concerne le rang de priorité, et parmi les 13 fiches composant le domaine de l'accréditation et de la qualité, la fiche sur la conciliation est classée au rang numéro 7.

Cette fiche assigne aux acteurs de la conciliation trois objectifs :

- Objectif numéro 1 : faire connaître aux professionnels de chaque site le fonctionnement de la conciliation ainsi que son bilan d'activité.
- Objectif numéro 2 : construire un projet de communication auprès des patients permettant de faciliter la saisine de la commission de conciliation et d'en préciser les missions.
- Objectif numéro 3 : évaluer le fonctionnement de la conciliation.

Les moyens nécessaires à la poursuite de ces objectifs se résument à l'aménagement de locaux destinés à recevoir les patients sur les sites et à la conception de documents d'information à leur attention.

La fiche fournit également les indicateurs envisagés de suivi de l'activité de conciliation. Trois paraissent essentiels :

- Evolution du nombre de dossiers traités par la conciliation par site, par service et par catégorie ;
- Evaluation du nombre de contentieux faisant suite à une procédure de conciliation ;
- Actions correctrices réalisées.

En terme de méthode, la procédure suivante est définie :

“ Dans le cadre de la préparation à l'accréditation, un groupe transversal et pluriprofessionnel est chargé de réaliser un bilan de la procédure en cours. Il s'attachera plus particulièrement à :

- concevoir des documents écrits à propos des fonctions et des missions de la conciliation médicale destinés au personnel hospitalier et aux usagers ;
- élaborer un plan de communication sur les trois établissements du CHU ”.

Ceci permet de faire le lien avec l'autre dossier stratégique de l'année 2000 au CHU, l'engagement dans la procédure d'accréditation.

B. Conciliation et accréditation

La logique de l'accréditation est issue de l'ordonnance du 24 avril 1996 qui confie à l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé le soin de procéder à l'évaluation du fonctionnement et des modes d'organisation des établissements de santé publics comme privés.

Le point de départ de la démarche consiste en la réalisation, par la structure sanitaire elle-même, d'une auto-évaluation. Cette auto-évaluation est encadrée par le manuel de l'accréditation, lequel est décomposé en référentiels eux-mêmes découpés en références. Chaque référence regroupe plusieurs critères. Ainsi, pour la référence “ droit et information des patients ”, on trouve le critère 8b rédigé comme suit : “ Les procédures de conciliation, dont les patients et les professionnels sont informés, sont organisées par l'établissement ”. Afin de répondre à ce critère, le groupe transversal, prévu au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, a été constitué. Son analyse est la suivante :

Actions réalisées ou en cours

- la conciliation médicale est en place depuis février 1997 au CHU qui a instauré une commission de conciliation en mai 1999 ;
- le livret d'accueil fait savoir que des remarques peuvent être portées à la connaissance du conciliateur médical ;
- une fiche d'information pourra être remise, par les cadres infirmiers, aux patients dont la réclamation appartient au domaine d'intervention de la commission de conciliation.

Points forts

La conciliation médicale a été présentée (fonctionnement, organisation, activité) aux instances de l'établissement mais aussi aux groupes de travail ou de réflexion qui l'ont souhaité.

Points à améliorer

- faire connaître à tous les professionnels l'existence, le fonctionnement, les missions et l'activité de la conciliation médicale ;
- revoir et actualiser l'information contenue dans le livret d'accueil au sujet de la conciliation.

Perspectives d'amélioration

- utiliser les remarques les plus fréquemment relevées par la conciliation pour mettre en œuvre des actions d'amélioration ;
- encourager des rencontres plus régulières entre l'assureur de l'hôpital et les acteurs de la conciliation, afin que ces derniers soient informés des éventuelles suites contentieuses données aux dossiers qu'ils traitent.

Éléments de mesure

Nombre de dossiers traités par la conciliation avec répartition par site, par nature de plainte et par service.

Aujourd'hui, on peut affirmer que la conciliation au CHU de Bordeaux est pérenne. En effet, partie d'une expérience locale permise par l'impulsion du directeur général et la création d'une direction de la clientèle, la conciliation bordelaise a pu avoir une vie propre avant la parution du décret d'application sur les commissions de conciliation. Les professionnels s'y sont habitués et, si les évolutions réglementaires ont certes engendré une adaptation de l'organisation mise en place, celle-ci a été largement conservée.

Enfin, la conciliation au CHU semble avoir acquis, durant cette année 2000, une dimension institutionnelle plus affirmée. De fait, elle constitue un thème important sur lequel le CHU a décidé à la fois de contracter avec l'agence régionale de l'hospitalisation mais aussi de s'appuyer, dans le cadre de l'auto-évaluation devant conduire l'établissement à l'accréditation.

Il s'agit maintenant, à la suite de ce parcours historique dont l'objectif était de démontrer comment une expérience locale peut s'affirmer en quelques années seulement, de présenter un bilan d'activité exhaustif de la conciliation bordelaise. La réalisation et l'exploitation, dans le cadre de ce mémoire, d'un questionnaire adressé à l'ensemble des professionnels du CHU, permettent d'analyser la perception que ceux-ci ont de la conciliation.

2.2 La conciliation au CHU de Bordeaux : du bilan d'activité à la perception de la part des professionnels de santé

La présentation d'un bilan d'activité sera complétée par l'analyse de la perception de la conciliation de la part des professionnels de santé du CHU.

2.2.1 Bilan d'activité de la conciliation au CHU

Le bilan d'activité qui suit a été réalisé à partir de l'exploitation de 337 dossiers traités par les acteurs de la conciliation entre février 1997 et avril 2000 (soit un dossier tous les trois jours).

A. Qui contacte la commission et comment ?

La plupart des personnes mécontentes expriment leurs récriminations par écrit. Parmi celles-ci, il a déjà été souligné que certaines saisissaient une autorité administrative ou politique extérieure à l'établissement. D'une manière générale, ces personnalités adressent le courrier au directeur général du CHU qui transmet l'information à la direction de la clientèle chargée des affaires de conciliation.

D'autres personnes font connaître leurs remarques par téléphone et, progressivement, l'habitude a été prise, lorsque l'échange est perçu comme potentiellement contentieux ou difficile, de transférer l'appel au directeur de la clientèle. Une note écrite des informations recueillies et des questions posées lors de la conversation téléphonique constitue le premier support du dossier de conciliation.

Enfin, des patients, des consultants ou leurs proches souhaitent, lors de leur séjour hospitalier ou d'une consultation, exprimer leur inquiétude ou leur insatisfaction, au cours d'un échange face à face. Si cela est possible, le directeur de la clientèle les reçoit ; sinon, une de ses collaboratrices note les coordonnées téléphoniques où il est possible de les joindre ou leur propose un rendez-vous.

Depuis quelques mois, des patients ou leurs proches font connaître leurs doléances par courrier électronique sur le site Internet du CHU. Compte tenu de leur nature, certaines de ces doléances ont été traitées par la conciliation.

B. Le profil du patient concerné ou du " réclamateur "

L'initiative de rédiger un courrier ou de téléphoner pour faire connaître son mécontentement est plus fréquente chez les classes d'âge 20-40 ans (environ 1/3 des dossiers de conciliation).

Si l'on pousse l'analyse, on s'aperçoit qu'entre 1997 et 1999, 55 % des réclamateurs ont entre 20 et 60 ans. Cette proportion tend même à s'accroître puisque, sur la seule année 1999, les 20-60 ans représentent environ 60 % des dossiers de conciliation.

En conséquence, la moyenne d'âge des personnes qui contactent la conciliation est relativement jeune. Elle s'élève à 42 ans contre 49 ans pour l'ensemble des patients admis au CHU.

L'analyse par sexe n'apporte pas d'information pertinente car, même si les femmes font légèrement plus appel à la conciliation que les hommes, l'écart n'a pas de réelle signification statistique.

Il est intéressant de noter, qu'une fois sur deux environ (52 % des dossiers précisément), les demandes ne sont pas adressées par le patient, mais par ses proches (conjoint, ascendant, descendant, ami,...). A ce propos, il est très soigneusement vérifié par les acteurs de la conciliation que le patient, dans la mesure où il en est en capacité, est informé et en accord avec cette démarche. En outre, les courriers de réponse lui sont personnellement adressés.

C. Les services concernés par la conciliation

Il n'apparaît pas de concentration significative des dossiers de conciliation sur une discipline, une spécialité ou des unités de soins particulières. Tous les services sont plus ou moins concernés et manifestent de l'intérêt pour la suite donnée à la réclamation.

Néanmoins, quelques secteurs semblent générer, plus régulièrement, des mécontentements.

Entre 1997 et 1999, 32 % des dossiers concernent les services d'urgences du CHU, 15 % émanent de la traumatologie, 10 % de la gynécologie-obstétrique et 18 % de l'ensemble des autres services de médecine et de chirurgie. Le solde provient de la réanimation, de l'odontologie, des laboratoires ou des services administratifs.

Si l'on ne considère que l'année 1999, les urgences engendrent 27 % des dossiers de conciliation, la gynécologie-obstétrique 14 % et la chirurgie 21 %. L'ensemble des disciplines de cette dernière spécialité est concerné malgré une légère prédominance de l'orthopédie.

D. Les motifs les plus fréquents de la conciliation et la nature des doléances

Pour environ 13 % des dossiers, le courrier ou l'échange fait suite au décès du patient et, la famille – qui n'associe pas systématiquement la qualité des soins et les causes du décès – décrit de manière douloureuse ou indignée des attitudes, des comportements ou bien l'information tronquée ou ambiguë qu'elle a pu recevoir.

C'est également l'inquiétude de présenter des séquelles, après un séjour hospitalier, qui motive, dans 25 % des cas, les patients ou leurs proches à saisir l'hôpital. Parmi les dossiers de conciliation motivés par des séquelles éventuelles, 77 % concernent les urgences, la traumatologie et la chirurgie.

Pour chaque réclamation, la fiche d'analyse saisie contient les réponses aux questions suivantes : “ de qui se plaint-on ? ” et “ de quoi se plaint-on ? ”.

A la première question, on peut conclure ce qui suit :

85 % des courriers ou des échanges impliquent (parfois nominativement) le personnel médical comme étant à l'origine du dysfonctionnement. Cette proportion tend

même à s'accroître. En 1997, les réclamations mettant en cause le personnel médical s'élevaient à 81%. Le taux atteint 89 % en 1999.

Il est à noter qu'une plainte sur deux concerne un interne.

En revanche, la proportion d'affaires impliquant le personnel paramédical est en baisse. De 34 % en 1997, il passe à 25 % entre 1997 et 1999. Le cumul des taux dépasse les 100 %, du fait que, pour certains dossiers, la mise en cause concerne à la fois les personnels médicaux et paramédicaux.

A la question "de quoi se plaint-on ?", l'analyse des 337 dossiers conduit aux développements ci-après.

Le mécontentement est lié, dans près d'un cas sur deux, à une remise en cause de la qualité des soins médicaux.

L'attitude ou le comportement du personnel médical et/ou soignant sont cités dans 38 % des cas.

Viennent ensuite des remarques sur la pertinence du diagnostic (28 % des dossiers), sur les temps d'attente perçus comme excessifs (22 %), sur la qualité des soins paramédicaux (13 %) ou sur l'absence d'information (20 %).

Au-delà de ces chiffres, il convient de s'intéresser à l'évolution des tendances de fond. On constate une quasi stabilité statistique (entre 1997 et 1999) dans la répartition des motifs avoués des doléances (légère hausse cependant pour la qualité des soins et les problèmes relationnels) sauf pour un critère, le défaut d'information.

De fait, la défaillance de l'information n'est mise en avant que dans 13 % des dossiers de l'année 1997 contre 32 % pour ceux de l'année 1999. Le nombre de réclamations traitées par la conciliation mettant en exergue un problème lié à l'information a doublé en deux ans. Cette évolution découle certainement des avancées jurisprudentielles en la matière ainsi que d'une plus grande sensibilisation des usagers à propos de ce droit à l'information. Il s'agit d'une tendance majeure, qui se poursuit et qu'il convient donc d'apprécier à sa juste importance.

E. Quel est le but recherché par la personne qui contacte les acteurs de la conciliation ?

A la lecture du courrier, ou au cours de la rencontre ou de la conversation téléphonique, il est opportun de s'interroger sur le ou les buts recherchés par les personnes qui s'adressent à la conciliation.

82 % d'entre elles disent clairement qu'elles souhaitent, en premier lieu, faire connaître leur mécontentement et qu'il leur paraît important que leur point de vue soit entendu, voire consigné.

La démarche peut également être présentée comme un premier contact (18 %) et la réponse qui sera apportée en déterminera la suite éventuelle (action contentieuse, publication d'un article dans la presse, demande d'indemnisation...). D'autres patients désirent, avant tout, que l'on puisse répondre à leurs questions en leur apportant les informations qu'ils n'ont pas pu obtenir dans le service (21 %). Dans un cas sur six, la personne s'adresse à la conciliation après avoir reçu une facture (ticket modérateur, forfait journalier,...) et demande que le titre de paiement soit rapidement annulé du fait des dysfonctionnements intervenus durant le séjour hospitalier.

Sans que pour autant une action contentieuse soit clairement annoncée, une personne sur huit termine sa présentation par une demande d'indemnisation pour le préjudice qu'elle estime avoir subi.

Enfin, dans 3 % des dossiers, une demande de sanction du personnel est présentée comme la finalité même de la démarche.

Pour cette rubrique encore, le total dépasse les 100 % car certaines réclamations poursuivent des buts multiples.

F. Les réponses apportées par la conciliation

Prendre en compte très précisément les attentes du patient ou de ses proches, intégrer les informations qui sont communiquées par les services médicaux mis en cause, apprécier le climat de l'échange, s'imposer un délai de réponse le plus bref possible, évaluer les suites potentielles du dossier constituent autant d'éléments permettant au directeur de la clientèle et au médecin conciliateur de convenir du type de réponse le plus cohérent et le plus adapté à chaque cas.

Il s'avère parfois nécessaire de demander au patient davantage d'informations (coordonnées du médecin traitant, interprétation d'un cliché réalisé en ville,...) ou de lui adresser un nouveau courrier pour lui annoncer qu'un peu de retard a été pris dans l'instruction du dossier. Laisser passer trop de temps est fréquemment perçu comme une négligence de la part de l'institution hospitalière. Dans cette optique, le service incriminé, s'il ne répond pas, doit être recontacté et convaincu de la nécessité de permettre au patient de retrouver toute confiance dans les prestations offertes par le CHU.

En fonction du contexte, il peut être adressé une lettre au patient, signé par le directeur de la clientèle et/ou le médecin conciliateur. De même, une rencontre est parfois proposée aux personnes concernées.

Les réponses apportées par la conciliation, depuis 1997, sont les suivantes.

Réponses apportées par la conciliation par catégorie d'acteurs*

Catégorie d'acteurs	Nombre de réponses apportées
Directeur de la clientèle	323
Médecin conciliateur	161
Chef de service	119
Directeur de site	15
Directeur des affaires juridiques	72

* Pour certains dossiers de conciliation, plusieurs acteurs interviennent afin d'apporter la réponse la plus précise possible.

Type de réponses apportées par la conciliation*

Type de réponses	Nombre
Courrier	435
Rencontre/Entretien	146
Conversation téléphonique	37

* Pour certains dossiers de conciliation, plusieurs types de réponses sont formulés.

Types de réponses apportées par catégories d'acteurs

	Directeur de la clientèle	Médecin conciliateur	Chef de service	Directeur de site	Total
Courrier	279	105	37	14	435
Rencontre	21	48	76	1	146
Téléphone	23	8	6	0	37
Total	323	161	119	15	618

En conclusion, on peut affirmer que les rencontres sont essentiellement le fait du médecin conciliateur et du chef de service concerné. Les contacts téléphoniques relèvent, en grande partie, de la direction de la clientèle. Les courriers constituent, de loin, la réponse la

plus fréquente, essentiellement utilisée par le directeur de la clientèle et le médecin conciliateur. De la même manière, les directeurs de site, lorsqu'ils formulent une réponse dans le cadre de la conciliation, utilisent presque exclusivement le courrier.

G. Quelles sont les suites constatées à l'issue d'une procédure de conciliation ?

L'objectif essentiel de la conciliation consiste à rétablir un dialogue qui a été interrompu, à permettre un échange, à apporter des précisions, à rassurer, mais, en aucun cas, à s'opposer, de manière formelle, à ce que le patient s'oriente vers un recours contentieux. Dans cette hypothèse, le dossier est transmis à la direction des affaires juridiques.

Dans 80 % des cas, la réponse apportée permet de démontrer l'attention portée par l'institution aux doléances exprimées et de rassurer, de mieux informer. Le dossier ne donne alors lieu à aucune suite et certains patients adressent même une lettre de remerciement à l'hôpital.

Dans 3 % des cas, les patients préfèrent tenter un recours en responsabilité devant le tribunal administratif de Bordeaux et, dans 13 % des situations, l'assureur engage une opération transactionnelle.

Enfin, peu après la phase de conciliation, 6 % des personnes reprennent contact pour obtenir de nouvelles précisions ou exprimer leur inquiétude. Un rendez-vous est alors généralement proposé et suffit, en principe, à dissiper le malentendu.

H. Eléments de comparaison avec l'enquête réalisée par le CHU de Brugmann

Il est possible d'évoquer brièvement les points divergents et les points communs entre le bilan d'activité du CHU de Bordeaux et les résultats de l'enquête réalisée par l'hôpital belge.

Les points communs concernent essentiellement les domaines principaux sur lesquels portent les réclamations. Le CHU de Bordeaux comme l'hôpital bruxellois sont destinataires de doléances mettant principalement en avant les soins médicaux, le manque d'information ou de communication et les attitudes ou comportements des agents.

En revanche, des points de divergence sont décelables. Le CHU de Brugmann voit 20 % de ses plaintes provenir de médecins extérieurs à l'établissement, d'avocats ou de mutuelles alors que ce taux est nul pour le CHU de Bordeaux. En outre, une plus grande

proportion des plaintes reçues par l'hôpital belge présente comme finalité l'obtention d'un dédommagement financier.

Ce bilan de l'activité de la conciliation au CHU de Bordeaux mérite d'être complété par l'analyse de la perception qu'ont les professionnels de santé de l'établissement de celle-ci.

2.2.2 La conciliation perçue par les professionnels de santé du CHU de Bordeaux

On sait, par expérience, que les procédures de conciliation sont d'autant plus efficaces que les professionnels de l'établissement ont connaissance de leur existence et se montrent convaincus de leur utilité.

Afin d'apprécier ce critère, il est apparu nécessaire de procéder en deux temps. Tout d'abord, une étude succincte des échanges en CME sur le thème de la conciliation s'est révélée intéressante. Afin d'avoir un éclairage plus complet ensuite, ce mémoire retrace les résultats d'une enquête réalisée, au mois de mai 2000, auprès de l'ensemble des médecins titulaires et des cadres infirmiers de l'établissement. 900 personnes ont donc été destinataires du questionnaire, support méthodologique de l'enquête (cf. annexe).

A. Analyse des échanges en commission médicale d'établissement

Les CME des 12 novembre 1997 et 8 décembre 1998 ont été l'occasion de riches débats sur le thème de la conciliation.

Certains échanges témoignent d'un besoin d'information sur le fonctionnement et l'organisation de la conciliation médicale. Les représentants élus du corps médical désirent mieux connaître le circuit des lettres de réclamations, notamment lorsqu'elles sont adressées aux services.

Un autre thème revient de manière récurrente, celui de la responsabilité. Lors de ces CME, le directeur des affaires juridiques rappelle aux membres du corps médical qu'ils ne peuvent reconnaître eux-mêmes leur responsabilité. Seul l'assureur de l'établissement est juridiquement habilité à le faire. Pour le professeur PARNEIX, premier médecin conciliateur, il y a là une limite à sa mission, notamment sur le plan éthique, d'autant plus que la transparence est souvent source d'apaisement dans les conflits. L'ancien président de la CME ajoute que le médecin doit toujours assumer sa responsabilité. La reconnaissance de l'erreur est une question d'honnêteté. On découvre ici que des décalages peuvent exister

entre la réglementation en matière de responsabilité médicale et la perception qu'en ont les principaux intéressés.

Afin d'appréhender de la manière la plus exhaustive possible la perception par les professionnels du CHU de la conciliation, il est apparu nécessaire de compléter cette analyse par la réalisation d'une enquête permettant d'aller au-delà des seuls échanges en CME.

B. Présentation des résultats d'une enquête réalisée auprès des professionnels du CHU de Bordeaux

Cette enquête a été réalisée à partir du questionnaire joint en annexe.

Le taux de retour s'élève à 40 % mais il n'est que de 30 % pour les membres du corps médical alors qu'il atteint 50% pour les cadres infirmiers.

Le premier enseignement tiré de l'exploitation de ces questionnaires réside dans le constat qu'il n'existe guère de différence statistique significative entre les résultats des deux catégories socioprofessionnelles, même si la connaissance de la conciliation semble légèrement plus affirmée chez les cadres soignants.

Sur la connaissance de l'organisation de la conciliation mise en place au CHU

76 % des agents qui ont répondu à cette enquête déclarent connaître l'organisation mise en place au CHU afin de gérer les plaintes et les réclamations. Le taux est de 89 % pour les soignants contre 69 % pour les médecins.

87 % des personnes savent également qu'il existe une commission de conciliation (96 % chez les cadres contre 83 % chez les médecins) dans l'établissement.

Les efforts en matière de communication et les informations successives et régulières, notamment en CME, sont certainement à l'origine de ces taux très satisfaisants. Globalement, les agents du CHU identifient la structure et l'organisation consacrées à la gestion des doléances exprimées par les patients.

Sur les missions de la commission de conciliation

Pour cette rubrique, les deux catégories socioprofessionnelles ont fourni des résultats très proches.

66 % des agents qui ont répondu à l'enquête savent que la commission de conciliation est chargée d'améliorer l'information des usagers et de leurs proches.

64 % des personnes affirment que la commission de conciliation assiste et oriente les usagers et leurs proches.

Enfin, 60 % des agents du CHU qui ont retourné le questionnaire soulignent que la commission de conciliation indique aux patients les délais et les voies de recours dont ils disposent.

Les commentaires libres rédigés sur ce thème évoquent les missions, qui devraient, selon les professionnels de santé, revenir à la commission de conciliation. Elles sont au nombre de quatre :

- prévenir les litiges et les actions contentieuses par un règlement amiable du conflit ;
- calmer les débats par l'institutionnalisation d'une fonction de médiation ;
- écouter et informer les patients ;
- gérer les plaintes et analyser la nature et le contenu des doléances dans l'optique de promouvoir des actions correctrices.

Environ 2/3 des agents du CHU connaissent les missions dévolues par le code de la santé publique aux acteurs de la conciliation hospitalière. Un effort devrait être réalisé afin de diffuser de plus amples informations en la matière et d'inscrire cette thématique dans le plan de formation continue.

Sur le motif des réclamations

Le questionnaire avait comme autre objectif de comparer la perception qu'ont les agents du CHU des motifs de réclamations avec les éléments objectifs présentés dans le bilan d'activité précédemment évoqué.

De manière intuitive, les personnes qui ont répondu à l'enquête dressent une analyse de la situation assez proche de la réalité des faits.

Les personnes destinataires du questionnaire avaient la possibilité de cocher plusieurs cases, ce qui explique que les taux présentés dans le tableau suivant ne peuvent pas être additionnés.

Motifs de réclamations	Médecins	Cadres soignants	Total
Soins médicaux	62 %	76 %	67 %
Soins paramédicaux	25 %	43 %	31 %
Diagnostic	62 %	48 %	58 %
Attitudes et comportements	48 %	61 %	54 %
Délais d'attente	36 %	39 %	35 %
Information défailante	45 %	62 %	51 %

On constate que les personnes qui ont répondu à l'enquête ont conscience que les soins médicaux constituent le motif essentiel des réclamations et que les soins paramédicaux n'en sont qu'une portion plus restreinte. De plus, les résultats témoignent d'une bonne appréhension des doléances liées au manque d'information ou aux attitudes et aux comportements.

Il est encore intéressant de souligner que les cadres soignants mettent davantage en avant les problèmes de comportements et d'information que les médecins, tandis que ces derniers insistent plus que les cadres sur la qualité ou l'erreur de diagnostic.

Enfin, les deux catégories socioprofessionnelles surestiment la place des réclamations engendrées par les délais d'attente par rapport aux données du rapport d'activité de la conciliation au CHU.

Sur l'intérêt de la procédure de conciliation

Selon 77 % des personnes ayant répondu, les procédures de conciliation répondent à une attente exprimée par les patients et par les associations qui les représentent (les chiffres sont de 69 % pour les membres du corps médical et de 90 % pour les soignants). Pour 89 % des agents, l'intérêt de la conciliation consiste en la possibilité de prévenir les litiges (86 % pour les médecins contre 92 % pour les cadres soignants). En revanche, ces personnes ne pensent pas que la conciliation réponde à une attente du personnel médical ou paramédical.

En effet, elles sont seulement et respectivement 20 % et 14 % à penser que la conciliation concrétise une attente des médecins et des soignants.

Sur le degré d'information des agents concernant les procédures de conciliation

Il est surprenant de noter que 80 % des personnes souhaiteraient obtenir davantage d'informations sur la gestion des plaintes et des réclamations, alors que 76 % déclarent connaître l'organisation mise en place au CHU de Bordeaux.

En fait, le paradoxe n'est qu'apparent. Globalement, les agents du CHU identifient la direction de la clientèle ainsi que le médecin conciliateur. En revanche, ceux qui travaillent dans des services qui ne génèrent que peu de dossiers de conciliation ne sont pas forcément au courant de la procédure exacte à suivre en cas d'expression d'une réclamation dans le service.

C'est pourquoi 52 % des personnels estiment utile la réalisation d'une fiche, disponible dans l'ensemble des services de soins, sur la procédure à suivre en cas de plainte. En outre, ils sont 86 % à souhaiter la publication régulière d'un document (annuel par exemple) regroupant les résultats par service et pouvant donner lieu à des échanges en conseil de service.

Après avoir décrit l'historique de la conciliation bordelaise, présenté un bilan d'activité et analysé la perception des professionnels de santé, il convient de donner à cette étude une dimension exogène.

2.3 Les enseignements du colloque organisé par la CHU de Bordeaux sur le thème de “ la conciliation médicale, un an après ”

Le Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux a organisé, le 16 juin 2000, un colloque sur la conciliation médicale qui a rencontré un grand succès (cf. programme de la journée en annexe). En complément de l'ensemble des développements antérieurs, il paraît opportun de présenter les conclusions d'une enquête réalisée auprès de l'ensemble des CHU français et des centres hospitaliers de l'Union Hospitalière du Sud-Ouest et d'évoquer le point de vue des principaux partenaires de l'hôpital (les associations d'usagers ainsi que les assureurs).

2.3.1 Les résultats de l'enquête réalisée auprès de l'ensemble des CHU français et des centres hospitaliers de l'UHSO

Afin d'appréhender le rôle et le fonctionnement des commissions de conciliation dans les établissements de santé, le CHU de Bordeaux a réalisé une enquête, au printemps 2000, auprès d'un certain nombre d'hôpitaux publics du Sud Ouest et de l'ensemble des CHU.

Le taux de retour du questionnaire est élevé puisqu'il s'élève à environ 75 %. Au-delà de cette implication massive des établissements contactés, l'échantillon recueilli permet de

disposer d'un panel représentant des structures sanitaires de taille hétérogène ainsi que l'ensemble des disciplines exercées (médecine, chirurgie, obstétrique, moyen et long séjour, psychiatrie).

Les questionnaires ont été remplis majoritairement par le directeur de l'établissement, le président de la commission médicale d'établissement ou le médecin conciliateur.

A. Une installation des commissions de conciliation effective...mais progressive

92 % des établissements qui ont répondu à l'enquête ont installé une commission de conciliation et 75 % de ceux qui ne l'ont pas mise en place ont programmé sa création avant la fin de l'an 2000.

Si la grande majorité des établissements publics de santé dispose donc de cette commission, l'installation de ces dernières a eu lieu à des dates diverses.

Seuls deux établissements se sont conformés à la réglementation avant la parution du décret du 2 novembre 1998. Un certain nombre d'entre eux a respecté le délai imparti par ce même décret tandis que la grande majorité des hôpitaux ayant rempli le questionnaire a attendu le second semestre de l'année 1999 pour mettre en place ces commissions. Il est vrai que la circulaire du 1^{er} juin 1999 précisant leurs missions, leur composition et leur fonctionnement a probablement permis aux établissements d'en délimiter plus précisément le contour.

B. Des commissions de conciliation qui fonctionnent bien...malgré les difficultés rencontrées pour assurer les permanences

Ces commissions fonctionnent dans de bonnes conditions. En effet, elles se réunissent au moins trois fois par an dans 65 % des établissements. Par ailleurs, 75 % d'entre elles ont formalisé leur mode de fonctionnement en rédigeant un règlement intérieur. Il convient de souligner que la mise en place des commissions de conciliation conforte une pratique de gestion des plaintes et des réclamations préexistante. De fait, 2/3 des établissements qui ont déclaré avoir installé leur commission portaient, préalablement, une attention toute particulière aux doléances exprimées par leurs patients. La plupart du temps, un service administratif remplissait ce rôle mais il n'était pas rare qu'une instance pluriprofessionnelle en soit chargée (un médecin et un soignant ; une cellule médico-administrative ; un partenariat entre les affaires juridiques et une commission de médiation).

Les commissions de conciliation ont donné une légitimité réglementaire à ces actions de gestion des plaintes et des réclamations.

Cependant, le dispositif juridique en vigueur semble contenir un point faible. Il s'agit de la question des permanences. Ces permanences sont prévues par l'article R.710.1.5 du code de la santé publique qui stipule que les commissions de conciliation doivent organiser une permanence, au moins hebdomadaire, tenue par un ou plusieurs de ses membres. Ces permanences constituent un lieu d'écoute, d'orientation et d'information sur les délais et les voies de recours. 61 % des hôpitaux qui ont rempli le questionnaire ont mis en place une permanence, dans 3/4 des cas hebdomadaire. Ces permanences sont assurées par un membre de la commission pour 80 % d'entre elles. Cependant, le problème réside dans le fait que les 2/3 des permanences ont reçu moins de trois usagers depuis leur mise en place. Il apparaît que les patients expriment leur mécontentement par d'autres voies comme le courrier, l'entretien téléphonique ou la prise de rendez-vous avec un représentant de l'institution. En fait, il semble que la permanence téléphonique ou administrative soit plus adaptée et plus souple que la permanence hebdomadaire. Toutefois, on notera que les établissements de santé font en sorte de se conformer à la réglementation puisque 50 % des commissions de conciliation qui n'ont pas de permanence ont programmé leur mise en place dans un proche avenir.

C. Le rôle des commissions de conciliation

L'analyse détaillée des résultats de l'enquête témoigne du caractère utile et indispensable des commissions de conciliation dans le paysage sanitaire. Il s'agit d'un point souligné avec force par la grande majorité des structures qui ont répondu à l'enquête.

Ces commissions sont avant tout utiles aux personnes hospitalisées selon 75 % des établissements. Les hôpitaux sollicités font d'ailleurs un parallèle entre l'apparition de ces nouvelles commissions et la consécration progressive d'un droit des patients. Certains établissements mettent en exergue le fait que ces commissions répondent même à un besoin de transparence dans l'organisation et la gestion de l'hôpital.

Mais l'utilité de cette instance s'étend encore au domaine de la gestion des risques pour 62 % des personnes ayant répondu à l'enquête. Les commissions de conciliation remplissent un rôle pédagogique certain. Les recommandations qu'elles émettront devraient favoriser l'essor d'une gestion préventive des plaintes et des risques. Par ailleurs, les hôpitaux estiment qu'elles peuvent jouer un rôle moteur dans la démarche qualité devant conduire les établissements à la procédure d'accréditation.

D. Le succès de la conciliation est conditionné par deux facteurs essentiels

Le volume d'activité des commissions de conciliation dépend, en partie, du nombre d'entrées enregistrées par l'établissement ainsi que de sa structure-lits, chacun sachant que les secteurs d'urgences et de chirurgie sont traditionnellement les plus exposés aux risques de réclamations.

Cependant, le succès de la conciliation ne dépend pas uniquement du nombre de dossiers traités. L'implication des professionnels et l'information des usagers apparaissent comme les postulats de départ nécessaires à des procédures de conciliation dynamiques.

L'implication des professionnels constitue le premier facteur essentiel de succès. Les professionnels de santé de l'établissement doivent avoir connaissance de l'existence, des missions et du fonctionnement de la conciliation afin de percevoir son utilité. Pour ce faire, des actions de formation et d'information paraissent indispensables. Or, 80 % des établissements qui ont répondu à l'enquête estiment que la conciliation doit être mieux connue des professionnels. Il ne faut pas perdre de vue que la conciliation met en relation trois types d'acteurs : le patient et ses proches ; les membres de la commission de conciliation et notamment le médecin conciliateur ; les professionnels du service qui a généré le dysfonctionnement réel ou ressenti. Il apparaît donc indispensable que les professionnels s'impliquent dans ces démarches de conciliation car seuls ces derniers pourront permettre au directeur et/ou au médecin conciliateur de recueillir suffisamment d'informations afin d'expliquer au patient ce qu'il s'est passé dans le service, de la façon la plus objective possible.

Mais aux questions ayant pour objet de savoir si la conciliation répond à une attente des médecins et des infirmiers, les résultats sont très partagés. A peine un peu plus de la moitié des établissements semblent plutôt d'accord avec cette affirmation. Peut-être ce bilan mitigé est-il lié au manque d'information précédemment évoqué.

Le second facteur de succès gravite autour de l'information des usagers.

Le livret d'accueil de l'établissement constitue l'outil privilégié par 60 % des hôpitaux qui ont répondu à l'enquête afin de diffuser des informations pratiques sur le fonctionnement et les modes de saisine des commissions de conciliation. Il convient de noter que parmi les établissements qui n'ont pas inséré une telle information, 3/4 ont prévu de le faire, notamment au moment de la prochaine réédition de ce livret. L'information par le biais du livret d'accueil semble utile selon 86 % des personnes ayant répondu, tandis qu'un tiers d'entre eux estiment qu'elle mérite d'être complétée.

Les établissements ont également fait preuve de beaucoup d'imagination dans le domaine de la diffusion de l'information auprès des usagers. 60 % d'entre eux utilisent d'autres outils, parallèlement au livret d'accueil. On peut citer par exemple l'utilisation d'affiches, de fiches d'information, d'un numéro vert, d'un répondeur téléphonique, d'une note interne, d'une boîte à suggestions ou encore une insertion dans le journal de l'établissement et/ou un article dans la presse locale.

Cependant, 80 % des établissements pensent que la conciliation doit être mieux connue des usagers.

E. Perspectives d'évolutions

Pour 72 % des hôpitaux qui ont rempli le questionnaire, l'activité de la conciliation devrait augmenter dans les années qui viennent eu égard aux éléments d'explication suivants.

La raison majeure de cette évolution résulte des avancées jurisprudentielles dans le domaine de la responsabilité hospitalière (76 % des structures de l'échantillon le mettent en avant). L'abandon de la faute lourde dans le domaine de la responsabilité médicale, la reconnaissance d'une responsabilité sans faute en cas d'aléa thérapeutique, la mise en place d'un régime de présomption de faute en matière d'infection nosocomiale, le renversement récent de la charge de la preuve en ce qui concerne l'information médicale... rendent nécessaire l'émergence de structures permettant d'informer les patients sur leurs droits et notamment sur les délais et les voies de recours dont ils disposent.

Cet accroissement de l'activité de la conciliation serait encore lié, pour 65 % des établissements qui ont répondu, à la place plus affirmée des usagers dans l'évaluation du système de soins. Il est incontestable que les usagers, qui siègent désormais dans les conseils d'administration et qui se regroupent en associations, deviennent partenaires des structures de soins.

Enfin, le développement de l'activité de la conciliation répondrait, selon 52 % des établissements, à une attente exprimée par les compagnies d'assurance. Ces dernières perçoivent dans les procédures de conciliation une possibilité de sensibilisation des acteurs de santé à la gestion des risques.

Néanmoins, le fonctionnement de la commission doit être repensé sur certains points pour beaucoup d'établissements qui ont répondu au questionnaire.

En premier lieu, la dénomination doit évoluer. Les commissions de conciliation se révèlent être davantage des commissions d'information des usagers. En effet, la circulaire du

1^{er} juin 1999 stipule qu'en dépit de son appellation, la commission de conciliation, en informant sur les voies de conciliation et de recours, ne peut elle-même faire œuvre de conciliation. Elle ne dispose donc pas de prérogative précontentieuse ou transactionnelle.

Le problème de la permanence a également été évoqué par presque tous les établissements. L'obligation réglementaire mériterait d'être redéfinie, la permanence téléphonique étant, par exemple, plus appropriée qu'une permanence physique hebdomadaire.

Par ailleurs, les établissements soulignent que le rôle des membres de la commission de conciliation est mal défini, à l'exception de celui du médecin conciliateur. Il convient de réfléchir aux modalités concrètes permettant d'impliquer davantage les autres acteurs de la conciliation hospitalière.

Enfin, de manière générale, les petits établissements réclament plus de souplesse en terme de fonctionnement des commissions de conciliation.

2.3.2 Le point de vue des partenaires

On distinguera les appréciations des usagers de celles des assureurs.

A. Le point de vue des usagers

Selon le Collectif Interassociatif sur la Santé, la conciliation, prévue par l'ordonnance du 24 avril 1996, mêle, sans les distinguer, deux activités de nature différente : l'amélioration de la qualité de la prise en charge hôtelière et la résolution des conflits.

La commission de conciliation, organe interne de l'établissement de santé, ne pourrait, selon les représentants des usagers, répondre qu'à la première mission. Chargée d'observer et d'évaluer la qualité de la prise en charge des personnes hospitalisées, elle pourrait s'appuyer sur les questionnaires de sortie, sur les réclamations adressées par les patients et par leurs proches, sur des enquêtes de satisfaction... La commission de conciliation, permettrait, dans cette optique, à l'institution d'avoir un retour sur ses pratiques et sur les perceptions qu'elle suscite. L'analyse de l'ensemble de ces documents favoriserait la formulation de recommandations.

En revanche, la résolution des conflits et la prévention des contentieux, ne doit pas, selon les représentants des usagers, demeurer au niveau de l'établissement de santé. C'est pourquoi, le Collectif Interassociatif propose de créer une instance régionale de conciliation indépendante, chargée de réguler les litiges sous un angle précontentieux.

Comme le souligne le rapport CANIARD⁴⁹, certains usagers considèrent que l'introduction des commissions de conciliation dans le domaine de la santé manque de transparence et d'impartialité, le médecin conciliateur étant, par exemple, salarié ou ancien salarié de l'établissement. Le rapport cite les propos suivants : " le système actuel ne sert qu'à enterrer les plaintes et à empêcher d'aller au tribunal administratif ".

La position des représentants des usagers au CHU de Bordeaux est différente. En effet, les relations qu'ils entretiennent avec le directeur de la clientèle et le médecin conciliateur sont bonnes et le travail se déroule dans un climat de confiance. Il s'agit certainement d'une des raisons essentielles du bon fonctionnement de la conciliation bordelaise.

B. Le point de vue des assureurs

Le colloque du 16 juin a été l'occasion pour les assureurs de présenter leur vision de la conciliation.

En premier lieu, les sociétés d'assurance soulignent qu'il ne faut pas introduire de confusion dans l'esprit des patients entre la commission de conciliation et l'assureur. La première peut se révéler efficace pour des petits litiges ou pour des dossiers révélant un manque d'informations ou de communication. En revanche, pour les doléances de nature contentieuse, les compétences reviennent à l'assureur de l'établissement. Il faut veiller à ce que les acteurs de la conciliation comprennent que leur rôle ne tient ni de l'expertise ni du judiciaire.

Par ailleurs, il est pour le moment prématuré et délicat de mesurer l'impact de la conciliation sur le volume et la nature des contentieux. En effet, beaucoup de déclarations de sinistres sont assorties de courriers de patients qui, dès leur première demande, sollicitent une indemnisation. Cet état de fait, selon JP LENTILHAC, " empêche alors dès la première formulation du mécontentement du patient, toute intervention des instances de conciliation de l'établissement ".⁵⁰

La SHAM souligne que peu de réclamations (environ 10%) tendant à mettre en jeu la responsabilité de l'hôpital en vue d'obtenir une indemnisation font référence à l'intervention du médecin conciliateur.

Or, " le législateur a permis au patient, en instaurant cette commission de conciliation, d'obtenir... des informations et des explications sur son hospitalisation. Le patient peut apprécier en toute connaissance de cause l'opportunité ou non de déposer une réclamation indemnitaire formelle auprès de la direction de l'établissement ".⁵¹

La SHAM a constaté cependant, en examinant l'ensemble de ses dossiers de sinistres, que l'intervention de la conciliation avait un effet positif pour l'établissement comme pour le patient. En effet, l'instruction de la réclamation en est facilitée et débouche plus rapidement sur une expertise médicale et sur un éventuel règlement amiable ou transactionnel. Le dossier de conciliation constitue alors une pièce essentielle sur laquelle l'assureur peut s'appuyer. La SHAM note que la proportion de transactions est plus élevée pour les dossiers qui sont préalablement passés en conciliation.

Surtout, la mutuelle d'assurance espère que, grâce à son action d'analyse des plaintes, la commission de conciliation pourra s'ériger en fer de lance de la gestion des risques hospitaliers, de façon à mettre en place une véritable politique de prévention primaire des litiges.

J. PICARD, du Sou Médical, estime que " l'accès à l'information est un facteur de diminution des réclamations et des procédures à l'aveugle dans lesquels le moteur unique de la démarche est en quelque sorte la douleur du patient ou de sa famille et l'impression que la collectivité soignante s'en désintéresse ".⁵² Pour le Sou Médical, l'intérêt majeur de la conciliation consiste à faciliter l'instruction des dossiers qui acquièrent une dimension contentieuse. En conclusion, J. PICARD évoque les deux conditions à remplir pour que les commissions de conciliation soient véritablement utiles : " que les professionnels de santé trouvent leur place dans le processus et que les patients ne privilégient pas d'emblée le recours au juge en considérant que toute autre voie de résolution des litiges ne peut qu'être biaisée ".⁵³

La troisième et dernière partie de ce mémoire explore les voies d'une amélioration du fonctionnement de la conciliation, en lui donnant, notamment, une place privilégiée dans la gestion des risques et la contractualisation interne.

TROISIEME PARTIE

Dynamiser et pérenniser les procédures de conciliation dans les établissements publics de santé

La configuration actuelle des procédures de conciliation devrait évoluer lors de l'adoption de la loi sur la modernisation du système de santé. Ce texte législatif renforcera, très certainement, les droits de la personne hospitalisée et élargira le champ de la démocratie sanitaire.

Les modalités d'accès au dossier médical constituent un élément essentiel de la réforme en cours.

La conciliation hospitalière pourrait bien être l'un des autres dossiers que les parlementaires vont étudier. En effet, le rapport déposé auprès du ministre de l'emploi et de la solidarité par le groupe de travail présidé par Etienne Caniard suggère une refonte du dispositif en vigueur.

Néanmoins, en dépit de son appellation, (conciliation, médiation, information des usagers...) une structure chargée de mettre en relation l'institution hospitalière avec les patients mécontents de leur séjour demeurera.

La troisième partie, forte de l'expérience bordelaise, de l'analyse des enquêtes réalisées et des conclusions du colloque du 16 juin, se propose de définir une typologie des conditions nécessaires à la pérennisation des procédures de conciliation.

Après la présentation des évolutions prévisibles du rôle des commissions de conciliation, il conviendra de réfléchir sur les conditions à réunir pour garantir leur dynamisme et assurer leur pérennité.

3.1 Les évolutions prévisibles des commissions de conciliation

La plupart des critiques formulées à l'encontre des commissions de conciliation émane des associations d'usagers. Le rapport Caniard en dresse une synthèse intéressante et confirme les points de vue exprimés à l'occasion du colloque du 16 juin.

3.1.1 Adapter le dispositif réglementaire

Le rapport Caniard prévient les pouvoirs publics des conséquences négatives en cas de suppression pure et simple du dispositif organisé par l'ordonnance du 24 avril 1996.

En effet, beaucoup d'établissements se sont investis dans ce dossier et ont fait de leur commission de conciliation, l'un des moteurs de l'affirmation du droit des patients. Les effets d'un tel retournement juridique seraient néfastes à double titre.

Tout d'abord, les membres des commissions de conciliation ne comprendraient pas les raisons qui poussent à abandonner une réforme présentée comme salutaire lors de sa mise en œuvre.

En outre, l'impact au niveau des services de soins serait délicat à gérer. De fait, les établissements qui disposent d'un système de médiation dynamique doivent cette efficacité à un long travail pédagogique auprès des services. Il a fallu expliquer l'essence de la réforme et faire admettre l'idée que la conciliation n'était pas un " tribunal interne " mais une instance de dialogue et de rétablissement de la confiance. Si elle venait à disparaître, il sera difficile de mobiliser de nouveau les personnels sur des thèmes similaires dans un proche avenir.

Fort de ce constat, le groupe de travail propose une modification de la réglementation tout en reconnaissant qu'une cellule interne aux établissements de soins se révèle incontournable.

“ Avoir conféré une valeur réglementaire à un dispositif qui se veut protecteur pour les usagers et facteur d'amélioration du dialogue et donc de la qualité est une avancée importante qu'il convient d'adapter pour répondre aux critiques convergentes ”.⁵⁴

La modification des textes en vigueur doit aller dans le sens du développement d'une fonction de médiation et de régulation des litiges entre les usagers et les établissements.

Cette intervention, qui ne présenterait pas de caractéristique précontentieuse, permettra de gérer plus facilement un grand nombre de réclamations.

Les conclusions récurrentes des Etats généraux de la santé témoignent de la carence des lieux d'échange et de dialogue dans les hôpitaux. Or, les préoccupations contemporaines gravitent autour des concepts d'information, de transparence, de respect de la personne humaine, de participation, autant de vocables qui ne peuvent recevoir d'application concrète que dans des espaces organisés.

3.1.2 La création de commissions de la qualité de la prise en charge et des relations avec les usagers

Le rapport Caniard suggère qu'une instance de dialogue, interne à l'hôpital, se charge de l'observation systématique des plaintes, des réclamations et des éloges, qu'ils soient adressés à ce lieu ou qu'ils soient traités d'une autre façon.

Cette fonction correspond largement à celle dévolue aux actuelles commissions de conciliation par le décret du 2 novembre 1998.

Cependant, dans un souci d'établir une correspondance entre l'appellation et la réalité des missions, le rapport propose qu'une commission de la qualité de la prise en charge et des relations avec les usagers se substitue à la commission de conciliation.

La composition de cette nouvelle instance serait identique à celle qu'elle est chargée de remplacer. Cependant, le médecin conciliateur deviendrait " facilitateur " ou " médiateur ".

Les usagers auraient la faculté de saisir directement cette commission, sans que cette saisine soit un préalable obligatoire à une action contentieuse ou transactionnelle. En outre, l'action du médecin " médiateur " interviendrait à la suite d'une information préalable de la commission, dans un souci de ne pas limiter son rôle au simple enregistrement d'un niveau d'activité.

3.1.3 Vers la création d'une commission de conciliation régionale ?

Le rapport Caniard n'abandonne pas le concept de conciliation. En effet, selon le groupe de travail le règlement transactionnel ou précontentieux des différends hospitaliers constitue une attente des professionnels de santé comme des victimes d'accidents médicaux fautifs ou d'aléas thérapeutiques.

C'est pourquoi le rapport préconise la création d'une commission de conciliation au niveau régional.

Ces commissions veilleraient à conseiller les parties au litige en leur proposant une solution amiable qu'elles seraient libres d'accepter ou de refuser.

Par souci d'efficacité et d'impartialité, les auteurs du rapport pensent que cette commission doit être extérieure aux parties, la région paraissant l'échelon administratif le plus approprié.

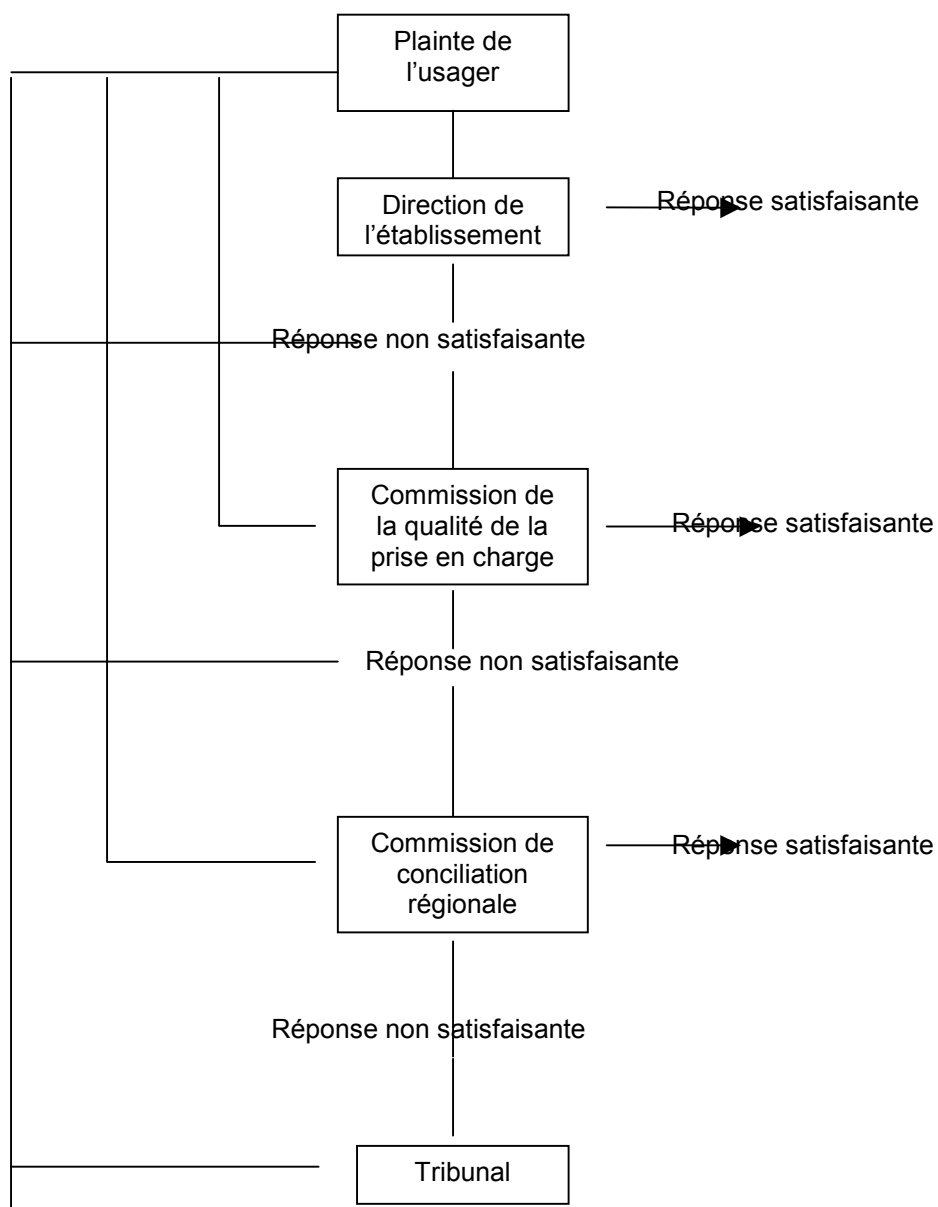
La commission régionale serait présidée par un magistrat (vraisemblablement de l'ordre judiciaire) et composée de trois professionnels de santé (un médecin hospitalier, un médecin libéral, un responsable d'établissement de santé) et de trois représentants des usagers.

En examinant les dossiers qui lui sont adressés, la commission transmettrait aux directeurs d'établissements les plaintes ne révélant qu'un dysfonctionnement mineur et ne mettant pas en cause le droit des malades. En revanche, si la plainte concernait la qualité des soins, l'instance régionale serait habilitée à recourir à une expertise.

Ce travail d'analyse permettrait ainsi à la commission de proposer une solution amiable aux parties qui, si elles l'acceptaient, concluraient un accord ayant un caractère transactionnel.

Afin d'encourager une telle régulation précontentieuse des litiges hospitaliers, la saisine de la commission de conciliation régionale devrait interrompre tous les délais de recours.

De manière synthétique, il est possible de présenter les modalités de gestion des réclamations préconisées par le rapport Caniard :



Au total, et quelle que soit sa dénomination, l'idée d'une commission, interne aux établissements, semble entérinée et devrait recevoir confirmation dans le cadre de la loi de modernisation du système de santé. On constate même que le périmètre de la future commission de la qualité de la prise en charge est proche, notamment en terme de fonctionnement et de composition, de l'actuelle commission de conciliation.

La clarification sémantique et l'apparition d'une véritable instance de conciliation au niveau régional laisseront aux établissements le soin de maintenir un dialogue avec les usagers tout en possédant un observatoire des dysfonctionnements. Pour sa part, la commission régionale remplirait un rôle précontentieux susceptible de diminuer sensiblement le nombre de recours devant les juridictions, tout en garantissant les droits des patients.

Cette présentation des possibles évolutions de la conciliation hospitalière atteste de l'utilité d'une organisation au plus près des réalités du terrain.

Cette instance interne, que l'on nommera commission de conciliation conformément aux dispositions en vigueur au moment de la présentation de ce travail, ne sera pérenne que si certaines conditions sont réunies. Ces conditions préalables font l'objet des développements suivants.

3.2 Les conditions de pérennisation de la conciliation hospitalière

La première condition dépend du degré d'implication des acteurs de la conciliation. Elle se mesure par l'étendue des missions confiées aux membres de la commission, par la qualité de leur formation et par l'ampleur de la politique de communication de l'établissement sur ce thème.

La pérennisation de la conciliation dépend ensuite du champ de compétence qui lui est reconnu. Plus ce dernier est large, plus les probabilités d'en faire une instance clé de l'hôpital augmentent. C'est pourquoi, il est proposé d'utiliser les enseignements de la conciliation pour élaborer un plan de prévention des risques et les intégrer dans la contractualisation interne.

3.2.1 Dynamiser la conciliation

Trop nombreuses sont les commissions de conciliation qui ne fonctionnent que grâce au binôme directeur-médecin conciliateur.

La commission se transforme alors en chambre d'enregistrement et son rapport annuel se limite à un bilan d'activité en dehors de toute recommandation structurante. Exclusivement lié à l'implication de deux acteurs, le risque est grand de constater le déclin de la conciliation en cas de changement de personnes.

Il est donc nécessaire de permettre à chaque membre de s'investir pleinement.

A. Conciliation et organigramme de l'établissement

Tout d'abord, la commission de conciliation doit faire l'objet d'un rattachement fonctionnel clair auprès d'un membre de l'équipe de direction. Ce dernier veillera au bon fonctionnement de cette instance et lui fixera des objectifs annuels. Il s'assurera de la qualité

et de l'exhaustivité du bilan d'activité tout en encourageant la formulation de recommandations.

Dès lors, pour que la conciliation hospitalière constitue un enjeu stratégique pour l'hôpital il paraît souhaitable que le cadre de direction en charge de ce dossier regroupe l'ensemble des compétences suivantes :

- La gestion des risques : les recommandations émanant de la commission de conciliation en feront une cellule essentielle en matière de prévention des risques (cf. développements ci-dessous) ;
- Les relations avec les usagers : le rôle principal de la conciliation hospitalière consiste à maintenir un dialogue avec un usager mécontent. Les enseignements issus de la phase de conciliation méritent d'être utilement exploités, notamment dans le cadre des relations entre l'établissement et le monde associatif. De même, les remarques mises en exergue par les acteurs de la conciliation doivent servir de base de travail lors de l'édition du livret d'accueil, de la diffusion du questionnaire de sortie, de l'organisation des secteurs des admissions, de la définition des modalités de délivrance de l'information médicale, administrative...
- Les affaires juridiques : certaines affaires traitées par les membres de la conciliation connaissent des suites transactionnelles ou contentieuses. C'est pourquoi, il semble important que le directeur qui s'investit dans la procédure de médiation gère également les éventuels développements ultérieurs. Il paraît opportun, qu'informé des premiers éléments du dossier, il en assure la continuité. Il lui revient tout naturellement de prendre contact avec l'assureur de l'hôpital pour envisager une issue précontentieuse.
- La démarche qualité : comme cela a déjà été souligné, les affaires étudiées par la commission de conciliation révèlent fréquemment des carences dans l'organisation de l'institution ou dans la connaissance des droits de la personne hospitalisée. La démarche qualité et la procédure d'accréditation s'intéressent à ces problématiques. Dès lors, le cadre de direction traitant de la gestion des risques peut naturellement se voir confier la démarche qualité de l'établissement.

Ce profil de poste accorde une place très importante à la médiation hospitalière susceptible de fournir des indications pertinentes sur chacun de ces thèmes.

Il s'agit de l'organisation retenue par le centre hospitalier de Valenciennes dans lequel un directeur adjoint prend en charge les affaires générales, la qualité, la gestion des risques et les relations avec la clientèle.⁵⁵

B. Impliquer tous les acteurs de la conciliation

Ne pas limiter le champ de la conciliation à l'action concertée directeur/médecin suppose une réflexion sur les modalités d'implication des autres membres de la commission.

Certes, les dysfonctionnements mettant en cause l'activité médicale ne peuvent être traités que par le médecin conciliateur ou son suppléant.

En revanche, s'agissant des réclamations concernant le personnel paramédical, le directeur formule, trop souvent, un courrier de réponse sans investissement notoire du représentant de la commission du service des soins infirmiers. Or, comme le propose Jean-Louis Pourrière, la création d'une fonction de cadre infirmier conciliateur offrirait à la médiation hospitalière de nouvelles perspectives.⁵⁶ Ce cadre infirmier conciliateur participerait au recueil et à l'instruction des dossiers de réclamations, à l'animation des permanences et des entretiens de conciliation, à l'argumentation des dossiers dans le cadre des réunions de la commission et à la rédaction des recommandations dans les domaines qui l'intéressent. Il pourrait être sollicité à titre de conseil ou d'expertise par les cadres infirmiers de l'établissement ou par la direction du service des soins infirmiers. En outre, il participerait activement à la gestion des risques et à l'analyse des événements indésirables.

L'implication des acteurs de la conciliation dépasse les seuls professionnels de santé pour s'étendre aux représentants des usagers. Ces derniers constituent l'interface entre les personnes hospitalisées et l'institution. Soucieux de voir affirmer le droit des patients, leur participation aux réunions de la commission est un gage de prise en compte par l'institution hospitalière de leurs revendications. En ce sens, la commission de conciliation est un lieu de dialogue efficace pour débattre en profondeur de certains dossiers. La responsabilité des représentants des usagers repose sur leur faculté à exprimer les opinions des patients et à interroger l'institution sur sa déclinaison concrète des droits de la personne hospitalisée.

Enfin, la commission de conciliation traite encore de dossiers qui mettent en avant des dysfonctionnements d'ordre administratif (accès au dossier médical...) ou logistique. Pour autant, sa composition ne reflète pas cette réalité, aucun représentant de ces filières professionnelles n'y siègeant. Néanmoins, rien n'interdit à la commission de conciliation de nommer des experts chargés d'analyser les litiges relatifs à ces domaines d'activité. Ces experts pourraient être conviés aux réunions de la commission, lorsque celle-ci traite de telles affaires, et proposer des recommandations ou diligenter des audits dans le cadre d'actions d'amélioration de la qualité.

Une telle implication des acteurs est source de responsabilisation. Elle donne un caractère dynamique à la commission de conciliation et offre un degré élevé de

professionnalisme dans le traitement des réclamations, quel que soit le secteur d'activité concerné.

C. Elaborer un programme de formation ambitieux

La formation garantit la qualité de l'action des membres de la commission de conciliation.

L'acquisition de connaissances dans les domaines du droit, de la gestion des risques et de la démarche qualité s'avère primordiale. En outre, des actions de formation sur des thèmes comme la conduite d'entretien, l'accueil du public, la communication apparaissent comme des compléments utiles.

Mais la formation constitue encore un enjeu des recommandations adressées au directeur de l'établissement. La typologie des dysfonctionnements majeurs de la structure peut se décliner en différents thèmes éligibles au plan de formation de l'hôpital. L'exhaustivité du bilan d'activité permet même de cibler plus précisément quels doivent être les secteurs et les catégories socio-professionnelles prioritairement intéressés par ces formations.

D. Diffuser une information sur les enjeux de la conciliation

La commission de conciliation n'est efficace que connue des professionnels et des usagers.

Le livret d'accueil, une fiche disponible dans les services, une mention sur le questionnaire de sortie, un affichage dans les chambres, une insertion dans la presse locale apparaissent comme les vecteurs privilégiés de la diffusion de l'information à l'attention des patients.

Des communications régulières en conseil d'administration, en commission médicale d'établissement, en comité technique d'établissement, en commission des soins infirmiers et en conseil de service (de département, de fédération...) garantissent la connaissance de l'existence de procédures de médiation chez les professionnels.

Bien entendu, l'inscription du thème de la conciliation au cœur de documents stratégiques tels que le projet d'établissement ou le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens renforce l'autorité de la médiation hospitalière, comme l'atteste l'expérience bordelaise.

3.2.2 Intégrer la conciliation dans la gestion hospitalière

Lorsque l'on évoque les grandes mutations de l'hôpital public, on considère de manière générale, trois grandes étapes. A l'ère des bâtisseurs aurait succédé celle des managers elle-même supplantée par l'ère des gestionnaires, rendue nécessaire par les ressources contraintes que la nation peut consacrer à son système de santé.

L'hôpital à l'heure de la gestion, tel est l'univers dans lequel la conciliation doit s'affirmer. Il s'agit là d'un défi délicat mais réalisable. De fait, la médiation hospitalière rejoint l'univers de la gestion de deux manières différentes : la gestion des risques et la contractualisation interne, nouvelle application d'une gestion participative et responsabilisante des moyens budgétaires.

A. L'hôpital à l'heure de la gestion des risques

La conciliation sera d'autant plus nécessaire à l'institution hospitalière qu'elle ne se contentera pas de réguler un certain nombre de conflits, mais qu'elle œuvrera dans le sens de la prévention des risques. Le philosophe Pascal, dans " Les Pensées " soulignait déjà que l'éradication d'un mal n'était en rien la suppression de ses conséquences. La guérison passe par une action sur les causes. Les termes du débat sont sensiblement identiques. Gérer les risques revient à agir sur le fait générateur. C'est une démarche de prévention, de vigilance et de traitement des problèmes. La gestion des risques s'articule autour de quatre étapes.⁵⁷

- L'identification des dysfonctionnements par un signalement précoce et systématique des incidents ;
- L'analyse des incidents signalés et la détermination de la causalité ;
- La mise en place des actions correctrices ;
- L'évaluation des actions entreprises (tableaux de bord et indicateurs) et de la motivation des personnels dans le suivi de ces actions de prévention.

Forte de son bilan d'activité et de sa connaissance d'un certain nombre de dysfonctionnements institutionnels, la commission de conciliation peut fournir une aide essentielle.

L'expertise de ses membres trouverait ainsi une traduction concrète si on les investissait des missions de recueil et d'analyse des fiches de signalement des événements indésirables.

Les risques hospitaliers encourus par les patients sont multiples. La typologie suivante intègre la plupart d'entre eux :

Type de risque	Nature du risque
<p align="center">Risques liés à l'activité médicale</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Retard dans la prise en charge du patient - Report imprévu d'un examen ou d'un traitement - Erreur de prescription - Erreur d'administration (produit, dosage, fréquence) - Non-respect d'un protocole de soins - Erreur d'interprétation (dosage, examen) - Effet indésirable ou allergie - Conséquence imprévue d'un geste invasif - Complication post thérapeutique - Incident de transfusion - Complication liée à l'anesthésie - Non-respect de la réglementation en matière d'essais thérapeutiques - Erreur dans la localisation du soin
<p align="center">Risques infectieux</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Défaut d'application des règles d'hygiène - Non-signalement d'un patient infecté ou contagieux - Non-isolement d'un patient infecté - Risque de complication infectieuse
<p align="center">Risques liés à la relation au patient</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Défaut d'information administrative - Défaut d'information concernant l'hôtellerie - Défaut d'information médicale - Non-respect du secret médical - Non-respect de l'intimité du patient - Attitudes du personnel
<p align="center">Risques liés aux comportements du patient</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Chute - Fugue - Sortie contre avis médical - Tentative de suicide - Agression sur le personnel - Refus de soins

<p align="center">Risques liés à la radioprotection</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Défaut d'application des mesures de protection - Défaut de stockage ou d'élimination de matière radioactive - Perte d'une source radioactive
<p align="center">Risques liés aux dispositifs médicaux, au matériel et à l'environnement</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Panne de matériel - Utilisation de matériel à usage unique périmé - Erreur dans le tri des déchets - Incendie - Invasion de nuisibles
<p align="center">Risques liés aux installations techniques</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Eau - Electricité - Traitement d'air - Ascenseur - Porte automatique - Téléphone - Appel malades - Gaz médicaux - Chauffage - Autres
<p align="center">Risques liés aux biens des patients</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Disparition de matériels ou d'objets personnels - Dégradation de matériels ou d'objets personnels
<p align="center">Risques liés à la gestion</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Défaut d'approvisionnement et ruptures de stocks - Dossier médical incomplet - Perte du dossier médical - Absentéisme du personnel - Conduites addictives du personnel

Cette typologie des risques hospitaliers permet d'élaborer une fiche signalétique des événements indésirables destinée à l'ensemble des services de l'hôpital.

Cette fiche est remplie chaque fois que l'un des risques évoqués plus haut survient dans le service.

La fiche doit permettre d'identifier la personne qui fait la déclaration ainsi que la ou les personnes concernées par l'événement indésirable. La mention de la nature du risque et une brève description des faits favorisent l'appréciation de la situation. La personne qui

remplit la fiche indique ensuite les conséquences de l'événement (lésion, transfert, mécontentement...) et évalue sa gravité immédiate apparente.

Ainsi remplie, la fiche de signalement précoce est adressée au service chargé de l'analyse, à savoir la direction investie des missions décrites à la page 73 du mémoire.

Recueillir et analyser ces fiches de signalement des événements indésirables constitue idéalement l'un des éléments du profil de poste du cadre infirmier conciliateur. Ce travail nécessite certainement qu'il soit détaché partiellement ou totalement sur ce poste. On sait que les évolutions de l'hôpital génèrent de nouveaux métiers tels que responsable des vigilances, qualitatif, contrôleur de gestion, gestionnaire de risques... L'implication d'un soignant au cœur d'une politique de médiation et de gestion des risques participe de ces évolutions.

Le cadre infirmier conciliateur présentera alors son bilan d'activité à la commission lors de chacune de ses réunions. Bien évidemment, les enseignements issus de l'exploitation de ces fiches signalétiques sont appelés à nourrir les recommandations de la commission de la conciliation.

Cette vision extensive du champ de compétence d'une instance de médiation interne aux établissements de santé l'érige en observatoire de l'ensemble des dysfonctionnements. En effet, les dossiers de conciliation ne représentent qu'une faible partie des mécontentements générés par l'activité de l'hôpital. La connaissance des événements indésirables, les enseignements tirés des questionnaires de sortie et des décisions de justice confèrent à la commission de conciliation une vision exhaustive des doléances exprimées par les patients.

Dès lors, les recommandations adressées au directeur constitueront un instrument utile participant à la mise en place d'un plan de prévention des risques.

Comme l'écrit Isabelle Lucas-Baloup, " ces recommandations seront également l'occasion, parallèlement aux autres démarches de qualité déjà entreprises dans l'établissement, de prendre conscience d'événements qui engagent l'image de marque et la responsabilité de l'établissement, sans que les acteurs des dysfonctionnements en cause aient pris la mesure des effets de leur comportement. Les recommandations ne doivent donc pas être analysées par ceux qu'elles visent comme des actes de dénonciation, mais bien comme des invitations à écarter la cause du risque, ou à réfléchir aux moyens de l'éviter autant que faire se peut ".⁵⁸

B. L'hôpital à l'heure de la contractualisation interne

L'article L. 6145-16 issu du nouveau code de la santé publique (annexé à l'ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000) stipule que les établissements publics de santé sont habilités à mettre en place des procédures de contractualisation interne.

“ A cette fin, les équipes médicales et paramédicales peuvent à leur initiative proposer au directeur de l'établissement la création de centres de responsabilité. Ces propositions sont soumises pour avis à la commission médicale d'établissement et au comité technique d'établissement. La décision du directeur est motivée.

Le directeur peut également décider de créer un centre de responsabilité après avis de la commission médicale d'établissement, du comité technique d'établissement et des équipes médicales et paramédicales concernées.

Le responsable de chaque centre de responsabilité est proposé parmi les médecins, biologistes, odontologistes et pharmaciens membres des unités, services, départements et fédérations concernés. Le responsable est désigné par le directeur par décision motivée.

Les centres de responsabilité bénéficient de délégations de gestion de la part du directeur.

Ces délégations de gestion font l'objet d'un contrat négocié par le responsable du centre avec le directeur. Ce contrat définit également les objectifs, les moyens et les indicateurs de suivi des centres de responsabilité, les modalités de leur intéressement aux résultats de leur gestion, ainsi que les conséquences en cas d'inexécution du contrat ”.⁵⁹

La contractualisation interne sert à définir les engagements réciproques entre la direction d'un établissement et un centre de responsabilité.

Elle a pour objet la mise en œuvre d'un nouveau mode de gestion fondé sur la déconcentration budgétaire. Cette déconcentration a pour but de responsabiliser les équipes sur des objectifs d'activité, de qualité, et sur la gestion des moyens nécessaires pour atteindre les objectifs.

La contractualisation interne correspond à un nouvel état d'esprit de participation des acteurs de terrain, de dialogue avec les équipes, de souplesse de fonctionnement, de transparence dans la gestion. Elle doit permettre d'optimiser l'allocation des ressources en fonction d'objectifs négociés, qui, s'ils sont atteints, donnent droit à un intéressement du centre de responsabilité.

Concrètement, le contrat fixe des objectifs d'activité au centre de responsabilité. Ces objectifs s'appuient sur des indicateurs administratifs (nombre d'entrées, nombre de journées, durée moyenne de séjour, taux d'occupation des lits...) et médico-économiques (nombre de points ISA réalisés par le centre, nombre d'interventions chirurgicales, nombre de séances, GHM pris en charge...)

Afin qu'il puisse honorer ses objectifs d'activité, le contrat précise les moyens nécessaires au centre de responsabilité. Ces moyens correspondent, a minima, aux dépenses directes de fonctionnement que sont les effectifs rémunérés, les mensualités de remplacement, les gardes et astreintes, les dépenses médicales et pharmaceutiques et les dépenses hôtelières et de gestion.

Le suivi du contrat repose sur la mise en place de tableaux de bord budgétaire et d'activité issus du système d'information de l'hôpital. Grâce à ces tableaux de bord, le responsable du centre de responsabilité compare régulièrement ses dépenses réelles par rapport à ses dépenses théoriques. La constatation d'écarts substantiels laissant présager d'un déficit du centre se traduit par une recherche d'explications et par l'engagement de mesures correctrices. En effet, les enveloppes budgétaires consacrées à l'intéressement ne sont théoriquement allouées qu'aux centres de responsabilité ayant généré des économies de gestion ou des recettes subsidiaires supplémentaires. On entend par économies de gestion la réalisation de dépenses inférieures ou égales à la prévision pour une activité égale ou supérieure. Au titre des recettes subsidiaires supplémentaires, il est pris en compte les recettes qui n'émargent par sur le budget global.

Cependant, la contractualisation interne ne saurait reposer exclusivement sur des objectifs d'activité et de prévisions de dépenses. Il convient d'accorder au contrat une dimension élargie dépassant les seuls aspects quantitatifs.

Les centres de responsabilité peuvent, et doivent, s'engager sur des objectifs qualité. L'amélioration continue de la qualité, terme emprunté à la dynamique de la roue de Deming⁶⁰, a sa place dans le processus de contractualisation interne. Les centres de responsabilité ont la possibilité de retenir les indicateurs suivants : mesure de la satisfaction des patients, amélioration de l'accueil, diminution des risques, nomination d'un référent qualité dans le service... La conciliation offre un cadre possible de discussion en vue d'une inscription au cœur des objectifs qualité du contrat interne.

Les centres de responsabilité sont libres de retenir les indicateurs qualité qui s'accordent le mieux avec leurs missions. La conciliation hospitalière comme objectif qualité ne saurait concerner l'ensemble des secteurs de l'hôpital. Elle n'est envisageable que pour

les centres de responsabilité dont l'activité génère, de manière régulière, des réclamations des usagers du service public (les urgences, la chirurgie et notamment la chirurgie orthopédique et traumatologique, l'obstétrique et la gynécologie).

Il reste à préciser les éléments du contrat.

Le nombre de dossiers traités par la commission de conciliation est l'objectif premier qui vient immédiatement à l'esprit.

Cependant, selon C. Tesnière, directrice de la conciliation et de la clientèle au C.H.U. de Bordeaux, contractualiser sur un volume de dossiers traités peut inciter les services à "décourager" les patients de saisir la commission de conciliation.

Marc Dupont, chef du département des droits des malades à l'AP/HP, partage la même analyse. L'augmentation des affaires soumises aux commissions de conciliation ne traduit pas forcément une dégradation de la qualité de la prise en charge du patient mais peut refléter une organisation bien structurée facilitant l'expression des mécontentements. Prenant l'exemple de la Suède, nation qui encourage les procédures de médiation, Marc Dupont constate qu'à structure-lits équivalente, les hôpitaux suédois enregistrent cinq fois plus de réclamations que les hôpitaux français, sans que la couverture sanitaire soit pour autant de moindre qualité.⁶¹

Dès lors, il est envisageable de retenir les objectifs qualité suivants :

Objectifs qualité pour l'insertion de la conciliation dans la contractualisation interne	Indicateurs qualité mesurables
Degré d'implication des responsables du centre de responsabilité	<ul style="list-style-type: none"> - Les demandes de renseignements à propos d'une réclamation doivent recevoir une réponse dans les 15 jours à compter de la date de réception - Les rencontres rendues nécessaires par un dossier de conciliation (avec le médecin conciliateur, le patient...) doivent être fixées dans un délai de 15 jours
Information du personnel du centre de responsabilité	<ul style="list-style-type: none"> - nombre d'informations en conseils de services, de départements ou de fédérations - organisation d'une rencontre annuelle entre les membres de la commission de conciliation et les agents du centre de responsabilité
Participation du centre de responsabilité au plan de prévention des risques de l'hôpital	<ul style="list-style-type: none"> - En fonction des dysfonctionnements constatés dans le centre de responsabilité (grâce aux recommandations de la commission de conciliation), engagement d'une mesure d'amélioration de la qualité - Nombre d'agents du centre de responsabilité formés à la prévention des risques, à l'accueil du public et à la responsabilité juridique des établissements publics de santé

Ces objectifs qualité, dans le domaine de la conciliation, sont aisément mesurables. En fin d'année, s'ils sont remplis, le centre de responsabilité bénéficie d'une fraction de l'enveloppe d'intéressement réservée à l'atteinte des objectifs qualité de la contractualisation interne.

Cette insertion de la conciliation dans l'univers de la gestion hospitalière est une condition fondamentale de sa pérennisation. Elle tend à prouver que la démarche qualité,

l'affirmation du droit des patients et les efforts de gestion peuvent être menés simultanément et s'enrichir mutuellement.

CONCLUSION

Le souhait de placer le patient au cœur du système de santé, de mener à bien des démarches qualité et de mieux gérer les risques liés à l'activité hospitalière trouve une traduction concrète dans la mise en place des commissions de conciliation.

L'examen des dossiers de conciliation démontre qu'une grande partie des réclamations est motivée par un besoin d'informations et de reconnaissance de dignité personnelle. La démarche du patient consiste à exprimer officiellement son mécontentement afin que l'institution prenne conscience de ses dysfonctionnements. C'est pourquoi l'existence de lieux de dialogue se révèle primordiale dans les établissements de santé, d'autant plus que l'hospitalisation génère des sentiments de craintes et d'anxiété qu'il convient d'apaiser.

Les réponses formulées par les professionnels qui ont répondu aux différentes enquêtes réalisées dans le cadre de ce mémoire confirment l'intérêt de la médiation médicale. Les soignants admettent que l'intervention d'un conciliateur dissipe généralement les malentendus. Dès lors, cette mission d'assistance et d'orientation ne peut relever que de personnes formées à cet effet.

Toutefois, il ne faut pas nier les insuffisances de la réglementation en vigueur, insuffisances argumentées par les représentants des usagers ou les assureurs des structures hospitalières. La commission de conciliation présente le défaut d'une appellation non conforme à ses attributions textuelles. Pire, son impartialité même est mise en cause de manière récurrente, certains doutant de la capacité d'une commission interne d'admettre les errements de la structure qui l'abrite.

Ces critiques, de par leur existence, conduisent les pouvoirs publics à s'engager dans la voie d'une nouvelle réforme.

Cependant, et quelle que soit leur dénomination, des cellules de médiation, propres aux établissements doivent perdurer. Elles symbolisent la capacité d'une organisation à admettre, gérer et solutionner les dysfonctionnements engendrés par son activité. La pratique de la médiation constitue un droit pour les patients qui sont aujourd'hui des acteurs au cœur d'un système de santé que l'on désire davantage transparent. Ecoute, dialogue, échange et information sont un préalable indispensable au respect de la dignité de la personne hospitalisée. Plus qu'une pratique juridique, la conciliation est avant tout une aventure humaine.

NOTICE BIBLIOGRAPHIQUE

-
- ¹ Louis Dubouis, Oraison pour la seconde mort du médecin conciliateur, *Revue de droit sanitaire et social*, janvier-mars 1990, p. 55-59.
- ² Françoise Dreyfus, *Le concours médical*, 1982, p. 1987-1988.
- ³ Alain Garay, Le conciliateur à l'hôpital, *La Gazette du Palais*, 23/24 octobre 1998, p. 56-60.
- ⁴ C. Chabrun-Robert, *Le concours médical*, 5 novembre 1994, n° 36, p. 3 027-3 028.
- ⁵ Id.
- ⁶ Id.
- ⁷ Les droits de la personne malade, rapport présenté au nom du Conseil économique et Social par M. Claude Evin, Séance des 11 et 12 juin 1996, *Avis et rapports du Conseil économique et social*, n°16, J.O.
- ⁸ René Duclos, *Gestions Hospitalières*, Août/Septembre 1999, p. 492-500.
- ⁹ François Ponchon, Les droits de la personne hospitalisée, *Que sais-je ?*, 2000, n° 3530, p.3.
- ¹⁰ Lucien Sfez, *La santé parfaite*, Editions du Seuil, 1995.
- ¹¹ F. Ray Cadéac, *La conciliation médicale : structures et finalités*, DESS Droit, Santé, Ethique, Faculté de droit de Rennes, 1998, p. 33.
- ¹² Les droits de la personne malade, rapport présenté au nom du Conseil Economique et Social par M. Claude Evin, Séance des 11 et 12 juin 1996, *Avis et rapports du Conseil Economique et Social*, n°16, J.O., p. 131.
- ¹³ François Ponchon, Les droits des patients à l'hôpital, *Que sais-je ?*, 2000, n° 3530, p. 16.
- ¹⁴ Didier Tabuteau, *La sécurité sanitaire*, Berger Leuvrault, 1994.
- ¹⁵ Décret du 06 septembre 1995 portant code de déontologie médicale, article 35.
- ¹⁶ Cour de Cassation, 25 février 1997, Hédreul.
- ¹⁷ Cour de Cassation, 7 octobre 1998, Mme C. c/ Clinique du Parc et a.
- ¹⁸ Conseil d'Etat, 5 janvier 2000, Guilbot et Telle.
- ¹⁹ Didier Chauveaux, conclusions du commissaire du gouvernement relatives aux affaires Guilbot et Telle, section, séance du 10 décembre 1999, lecture du 5 janvier 2000.
- ²⁰ François Ponchon, Les droits de la personne hospitalisée, *Que sais-je ?*, 2000, n° 3530, p.103.
- ²¹ C. Tesnière, *La Lettre de l'U.H.S.O.*, septembre 1999, p.27.

-
- ²² J.M. Daubos, La Lettre de l'U.H.S.O., septembre 1999, p.22.
- ²³ S. Chillon et P. Brossault, Vox clamat in deserto, La Gazette du Palais, p. 47.
- ²⁴ X. Lesegretain et S. Chassany, La protection juridique de l'hôpital, Berger-Levrault, 1999, p. 61.
- ²⁵ J.P. Lentilhac, Allocution lors du colloque sur la conciliation médicale organisé par le CHU de Bordeaux, 16 juin 2000.
- ²⁶ Cité par C. Soubie, La mesure de la satisfaction des patients au C.H.U. de Bordeaux, Mémoire d'élève-directeur d'hôpital, Promotion 1997-1999, p. 12.
- ²⁷ Cité par C. Soubie, op. cit., p. 15.
- ²⁸ Cité par C. Soubie, op. cit., p. 22.
- ²⁹ Conférence de B. Guimbaud, Filière des élèves-directeur d'hôpital, E.N.S.P., 2 juin 1999.
- ³⁰ J.P. Gasse, L'analyse des plaintes peut-elle contribuer à l'amélioration de la qualité des soins à l'hôpital ? ", L'hôpital Belge, 1996, n° 226, p. 51.
- ³¹ Cité par C. Soubie, op. cit., p. 30.
- ³² Intervention de P. Roussel, Gestion des services et de la qualité, Filière des infirmiers généraux, ENSP, 7 juillet 1999.
- ³³ I. Lucas-Baloup, La commission de conciliation à l'hôpital public et privé en 40 questions, éditions du SCROF, mars 1999, question n° 40, p. 217.
- ³⁴ Synthèse des discussions lors du colloque sur " la médiation médicale et la commission de conciliation ", C.H.U. de Dijon, 17 octobre 1997.
- ³⁵ J.P. Gasse et A. Meiresonne, Lettres de plaintes de patients, Gestions Hospitalières, Mars 1997, n° 34, p. 210.
- ³⁶ P. Lazarsfeld, The people's choice, Columbia University Press, N.Y., 1948.
- ³⁷ Synthèse des discussions lors du colloque sur " la médiation médicale et la commission de conciliation ", C.H.U. de Dijon, 17 octobre 1997.
- ³⁸ J.P. Lentilhac, allocution lors du colloque sur " la conciliation médicale, un an après ", CHU de Bordeaux, 16 juin 2000.
- ³⁹ Conseil d'Etat, Régler autrement les conflits : conciliation, transaction et arbitrage en matière administrative, Rapport annuel, La Documentation Française, 1993.
- ⁴⁰ Circulaire du 6 février 1995 relative au développement du recours à la transaction pour régler amiablement les conflits.
- ⁴¹ Circulaire du 9 février 1995 relative au traitement des réclamations adressées à l'administration.
- ⁴² Déclaration du Bureau Régional de l'Organisation Mondiale de la Santé, Copenhague, 29 et 30 mars 1994.

-
- ⁴³ Les droits de la personne malade, Rapport présenté au nom du Conseil Economique et Social par M. Claude Evin, Séance des 11 et 12 juin 1996, Avis et rapports du Conseil Economique et Social, n° 16, J.O., p. 131.
- ⁴⁴ Article 2044 du Code Civil.
- ⁴⁵ J.M. Budet et F. Blondel, La réforme de l'hospitalisation publique et privée, Les clés de l'ordonnance hospitalière du 24 avril 1996, Berger-Leuvrault, 1997, p. 42.
- ⁴⁶ B. Guimbaud, La Revue Hospitalière de France, L'hôpital à l'heure de la gestion des risques, n° 5, septembre/octobre, 1996.
- ⁴⁷ A. Levasseur, Les transactions : l'exemple de l'AP/HP, in Les modes alternatifs de règlement des litiges, AJDA, n° 1, 20 janvier 1997, p. 54-58.
- ⁴⁸ S. Chillon et P. Brossault, Vox clamat in deserto, La Gazette du Palais, n°167 et 168, mercredi 16 et jeudi 17 juin 1999, p. 47.
- ⁴⁹ La place des usagers dans le système de santé, rapport et propositions du groupe de travail animé par Etienne Caniard, février 2000.
- ⁵⁰ J.P. Lentilhac, allocution lors du colloque sur " la conciliation médicale, un an après ", CHU de Bordeaux, 16 juin 2000.
- ⁵¹ id.
- ⁵² J.Picard, allocution lors du colloque sur " la conciliation médicale, un an après ", CHU de Bordeaux, 16 juin 2000.
- ⁵³ id.
- ⁵⁴ La place des usagers dans le système de santé, rapport et propositions du groupe de travail animé par Etienne Caniard, février 2000.
- ⁵⁵ Nathalie Duwez, DH Magazine, n° 72, juin-juillet 2000, p. 71.
- ⁵⁶ Jean-Louis Pourrière, 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 des infirmiers généraux, E.N.S.P., Promotion 1999, p. 94-95.
- ⁵⁷ X. Lesegretain et S. Chassany, La protection juridique de l'hôpital, Berger-Leuvrault, 1999, p. 57.
- ⁵⁸ I. Lucas-Baloup, La commission de conciliation à l'hôpital public et privé en 40 questions, éditions du SCROF, question n° 40, p. 217.
- ⁵⁹ Article L.6145-16 du nouveau code de la santé publique annexé à l'ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000.
- ⁶⁰ WE Deming, Out of crisis, MIT, Center for advanced engineering study, Cambridge, 1986.
- ⁶¹ M. Dupont, allocution lors du colloque sur " la conciliation médicale, un an après ", CHU de Bordeaux, 16 juin 2000.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, Manuel d'accréditation des établissements de santé, version définitive, Paris, ANAES, février 1999.
- BUDET J.M. et BLONDEL F., La réforme de l'hospitalisation publique privée, les clés de l'ordonnance hospitalière du 24 avril 1996, Berger-Levrault, 1997.
- DAUBECH Lin, Le malade à l'hôpital, Erès, 2000.
- JEAN Philippe, La Charte du patient hospitalisé, Berger-Levrault, 1996.
- LESEGRETAIN Xavier et CHASSANY Sandrine, La protection juridique de l'hôpital, Berger-Levrault, 1999.
- LUCAS-BALLOUP Isabelle, La commission de conciliation à l'hôpital public et privé en quarante questions, éditions SCROF, 1999.
- PONCHON François, Les droits de la personne hospitalisée, Que sais-je ?, n° 3530, 2000.
- SFEZ Lucien, La santé parfaite, Le Seuil, 1995.
- TABUTEAU Didier, La sécurité sanitaire, Berger-Levrault, 1994.

Mémoires

- CHARIGNON P., La nouvelle charte du patient hospitalisé : vers une rénovation des rapports entre l'usager et l'hôpital public ? Une tentative de mise en place au centre hospitalier de Valence, Formation des élèves-directeurs d'hôpital de 3^{ème} classe, E.N.S.P., décembre 1996.
- COULOUDOU L., Le risque responsabilité civile au C.H.S. de Cadillac ; la mise en place d'une démarche complémentaire à l'assurance : la gestion préventive des risques, Formation des élèves-directeurs d'hôpital de 3^{ème} classe, E.N.S.P., décembre 1997.
- LOSSER A.C., La place de l'usager à l'hôpital public : bilan et perspectives au centre hospitalier de la Côte Basque, Formation des élèves-directeurs d'hôpital de 3^{ème} classe, E.N.S.P., décembre 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, Formation des infirmiers généraux, septembre 1999.

-
- RAVERAT L., La mise en place de la conciliation médicale à l'Assistance Publique/Hôpitaux de Paris et au groupe hospitalier Necker-enfants malades, Formation des élèves-directeurs d'hôpital de 3^{ème} classe, E.N.S.P., décembre 1992.
 - REY CADEAC F., La conciliation médicale. Structures et finalités, Mémoire du D.E.A. Droit, Santé, Ethique, Faculté de droit et de sciences politiques de Rennes, 1998.
 - SOUBIE C., La mesure de la satisfaction des patients au C.H.U. de Bordeaux, Formation des élèves-directeurs d'hôpital de 3^{ème} classe, E.N.S.P., décembre 1998.

Rapports

- Conseil d'Etat, rapport public 1993, Régler autrement les conflits : conciliation, transaction et arbitrage en matière administrative, rapport annuel, La Documentation française, 1993.
- Conseil d'Etat, rapport public 1998, Réflexions sur le droit de la santé, rapport annuel, La Documentation française, 1998.
- La place des usagers dans le système de santé, rapport et propositions du groupe de travail animé par CANIARD Etienne, février 2000.
- Les droits de la personne malade, rapport présenté au nom du Conseil économique et social par M. EVIN Claude, séance des 11 et 12 juin 1996, avis et rapports du Conseil économique et social, n° 16, 1996.
- Synthèse des discussions lors du colloque sur " la médiation médicale et la commission de conciliation ", C.H.U. de Dijon, 17 octobre 1997.

Revues

- AJDA, Les modes alternatifs de règlement des litiges et le droit administratif, n° 1, 20 janvier 1997, p.3-58.
- Cahiers Hospitaliers, A propos de conciliation, n° 141, décembre 1998, p.19-20.
- Décision Santé, L'hôpital public demain, n° 155, janvier 2000.
- Décision Santé, Gestion et prévention des plaintes. Les rencontres de l'hôpital de Rennes, n° 157, février 2000, p.26-29.
- Gestions Hospitalières, La satisfaction des patients à l'AP/HP, n° 294, mars 1990, p.208-212.
- Gestions Hospitalières, L'opinion des malades, élément d'appréciation d'un service médical, n° 336, mai 1994, p.372-377.
- Gestions Hospitalières, Mise en place d'une enquête de satisfaction patient, n° 364, mars 1997, p.204-207.

-
- Gestions Hospitalières, Mesurer la satisfaction des patients, l'approche méthodologique du C.H.U. de Poitiers, n° 381, décembre 1998, p.789-791.
 - Gestions Hospitalières, L'étude de satisfaction, Quelques points de repère, n° 381, décembre 1998, p.785-788.
 - Revue Hospitalière de France, Les infections nosocomiales : vers l'indemnisation d'un risque sériel, n° 3, mai-juin 1999.
 - Service public, A l'écoute des besoins et des attentes des usagers, n° 42, septembre 1996, p.10-14.

Articles

- BESNARD P., Un devoir d'informer le patient, Gestions Hospitalières, n° 364, mars 1997, p.229-232.
- BONNET F., JEAN P., ROCHE M., Droits des patients : deux expériences de terrain, Gestions Hospitalières, n° 364, mars 1997, p.195-203.
- BOURGUEIL, LOISEAU, YVELIN S.A., La commission de conciliation, Entreprise Santé, n° 65, juin-juillet 1999, p.34.
- BROSSAULT P. et CHILLON S., " Vox clamat in deserto " ou le malentendu de la conciliation médicale, La gazette du palais, n° 167-168, 16 et 17 juin 1999, p.47-53.
- CAZAC G., Les conciliateurs médicaux, Le concours médical, n° 25, 20 juin 1981, p.4247-4250.
- CHABRUN-ROBERT C., Les conciliateurs à l'AP/HP, Le concours médical, n° 36, 5 novembre 1994, p.3027-3028.
- CHARIGNON R., La commission de conciliation dans les établissements de santé : une résurrection, Gestions Hospitalières, n° 368, août-septembre 1997, p.489-494.
- DAUBECH L., Le statut du patient hospitalisé, vers l'incertitude juridique ?, La gazette du palais, n° 51-52, 20 et 21 février 1998, p.12-18.
- DUBOUIS L., Oraison pour la seconde mort du conciliateur médical, Revue de droit sanitaire et social, n° 1, janvier-mars 1990, p.55-59.
- DUCLOS R., La mise en place de la commission de conciliation dans les établissements de santé, Gestions Hospitalières, août-septembre 1999, p.492-500.
- DUMAY M.F., Mise en place de la démarche prévention-gestion des risques, Objectifs soins, n° 64, mai 1998, p.15-16.
- DUPONT M., Le règlement intérieur, instrument de la promotion des droits du malade à l'hôpital, Gestions Hospitalières, août-septembre 1999, p.501-506.

-
- FROBERT S., Le point sur les commissions de conciliation, La lettre de l'Union, revue de l'U.H.S.O., n° 51, juillet 1997, p.19.
 - GANEVAL F., La commission de conciliation, Horizon, n° 100, décembre 1998, p.28.
 - GARAY A., Rapport de synthèse ; quels droits des patients ?, La gazette du palais, 20/21 février 1998, n° 51-52, p.21-25.
 - GARAY A., Le conciliateur à l'hôpital, La gazette du palais, 23/24 octobre 1998, p.56-59.
 - GASSE J.P., MEIRESONNE A., L'analyse des plaintes peut-elle contribuer à l'amélioration de la qualité des soins à l'hôpital, L'hôpital belge, n° 223, avril 1995, p.9-12 et n° 226, mars 1996, p.51-55.
 - GASSE J.P., MEIRESONNE A., Les plaintes des patients constituent-elles un indicateur utile pour l'amélioration de la qualité des soins, Gestions Hospitalières, n° 356, mai 1996, p.389-392.
 - GASSE J.P., MEIRESONNE A., Lettre de plaintes de patients. Analyse comparative de trois types de services, Gestions Hospitalières, n° 364, mars 1997, p.208-211.
 - GUIMBAUD B., La gestion des risques : la première des démarches qualité, Perspectives sanitaires et sociales, n° 129, 1996, p.30-31.
 - GUIMBAUD B., La gestion des plaintes à l'hôpital, DH Magazine, n° 49, février-mars 1997, p.13-15.
 - GUIMBAUD B., Le programme SHAM d'aide à la gestion des risques, 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, Techniques Hospitalières, n° 631, novembre 1998, p.30-35.
 - JEAN P., Nouveaux modes de fonctionnement vis-à-vis des patients : mise en place d'une médiation, Technologie Santé, n° 30, septembre 1997, p.86-90.
 - JEAN P., Droit des patients : conciliation et assurances, Questions Hospitalières, p.21-29.
 - 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, Gestions Hospitalières, n° 381, décembre 1998, p.780-784.
 - HERZOG V., Les enjeux de la commission de conciliation et de la médiation médicale, Entreprise Santé, n° 18, décembre 1998, p.25-27.
 - LECLERCQ F., L'information et le consentement des patients à l'hôpital, Gestions Hospitalières, n° 364, mars 1997, p.177-182.
 - POINDRON P.Y., Les français aiment leur hôpital public et le disent, Espace Social Européen, n° 286, 7 avril 1995, p.24.

-
- REGNOUX A.M., La prévention du contentieux. La gestion des risques : un mode de prévention du contentieux de la responsabilité, *Entreprise Santé*, n° 18, décembre 1998, p.28-29.
 - SICOT C., La lettre du Sou Médical : des explications et des excuses, *Le concours médical*, n° 21, mai 1996, p.1464-1465.
 - TESNIERE C., La conciliation médicale au C.H.U. de Bordeaux, *La lettre de l'Union*, n° 59, septembre 1999, p.26-27.

Travaux non publiés

- CHICHE P., Mise en assurance qualité de la gestion des demandes et réclamations des patients, C.H.U. de Nice, 1999.
- DUCLOS R., La commission de conciliation à l'hôpital public, C.H.U. de Toulouse, mai 1997.
- Guide de la commission de conciliation. Ecouter, informer et assister les patients insatisfaits, AP/HP, Département du droit des malades, projet, version 8, février 1999.
- Séminaire interprofessionnel de santé publique, La gestion des contentieux liés aux accidents médicaux, E.N.S.P., Septembre 1999.

Textes réglementaires et circulaires

- 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.
- Décret n° 81-852 du 15 mai 1981 relatif aux conciliateurs médicaux.
- Décret n° 98-1001 du 2 novembre 1998 relatif à la composition, à l'organisation et au fonctionnement de la commission de conciliation.
- Arrêté du 7 janvier 1997 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé.
- 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 personnes hospitalisées.
- Circulaire DH/AF1 n° 99-317 du 1^{er} juin 1999 relative à la commission de conciliation.

Annexe 1

LE CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE BORDEAUX

Quatrième structure hospitalière de France, après les Assistances Publiques de Paris et Marseille et les Hospices Civils de Lyon, le Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux a accueilli et soigné plus de 142 000 personnes dans ses services de médecine, de chirurgie et d'obstétrique en 1999.

Le C.H.U. de Bordeaux est composé de trois groupes hospitaliers : Pellegrin, Saint-André et le Sud (ce dernier regroupant les hôpitaux du Haut-Lévêque et de Xavier Arnoz).

1. La structure du C.H.U. de Bordeaux en 1999

Le C.H.U compte 3 510 lits et places se répartissant comme suit :

Lits et places par grandes disciplines

Médecine	1 688
Chirurgie	1 169
Gynécologie-Obstétrique	198
Soins de suite et de réadaptation et Soins de longue durée	455
TOTAL	3 510

Lits et places par établissement

Pellegrin	1 621
Groupe Sud	1 348
Saint-André	541
TOTAL	3 510

Les équipements

IRM	3
Scanners	4
Nombre de laboratoires	21
Nombre de services de radiologie	10
Postes de dialyse	32

2. L'activité MCO 1999

Activité MCO du CHU en 1999	Total	Par jour
Entrées	142 485	390
Journées	807 008	2 211
Séances	56 415	222
Consultations externes	458 781	1 806
Passage aux urgences	100 128	274
Nombre de naissances	4 545	12
Nombre de points ISA	203 382 231	557 211
Nombre de B de laboratoires	233 650 000	640 137
Nombre de Z de radiologie	12 133 928	33 244
Nombre d'Arek d'anesthésie	3 030 959	8 304
Nombre de K blocs opératoires	6 185 797	16 947
Interventions chirurgicales	47 745	131
Nombre de transplantations	272	0,75

L'activité a légèrement progressé en 1999 par rapport à 1994 : pour 100 entrées réalisées en MCO en 1994, 101 ont été réalisées en 1999. Cet accroissement s'est accompagné d'une baisse de la durée moyenne de séjour puisque pour 100 journées de MCO réalisées en 1994, 94 ont été réalisées en 1999.

La durée moyenne de séjour MCO s'établit à 5,7 jours et le taux d'occupation moyenne s'élève, pour sa part, à 81 %.

3. L'attractivité

- 84,3 % des hospitalisés sont issus de la région Aquitaine ;
- 8,2 % sont issus des deux départements limitrophes hors région : Charente et Charente Maritime ;
- 3,3 % proviennent d'autres départements français ;
- 4 % des hospitalisés sont domiciliés dans un pays étranger.

4. Les moyens

Les ressources humaines (personnes rémunérées par mois)

Personnel médical	2 277 soit 18,6 %
Personnel soignant, éducatif et enseignant	7 071 soit 57,7 %
Personnel technique et ouvrier	1 298 soit 10,6 %
Personnel administratif	949 soit 7,8 %
Personnel médico-technique	655 soit 5,3 %
TOTAL	12 250

Les ressources financières

Les dépenses d'exploitation de l'exercice budgétaire 1999, telles que décrites par le compte administratif, s'élèvent à 3 984 373 477 francs, soit 11 millions de francs par jour environ.

Le tableau suivant présente la répartition des dépenses entre les différents groupes.

Dépenses	Total annuel	Total journalier	% du total général
Personnel	2 625 623 188	7 193 488	65,9 %
Médicales et pharmaceutiques	780 145 910	2 137 386	19,6 %
Hôtelières et générales	386 009 442	1 057 560	9,7 %
Amortissements et frais financiers	192 594 937	527 657	4,8 %
Total	3 984 373 477	10 916 092	100 %

On notera encore que le C.H.U. traite 22 tonnes de linge par jour, distribue 12 000 repas quotidiennement et consomme 8 745 seringues à usage unique par journée d'exploitation.

Annexe 2

ENQUETE RELATIVE A LA PERCEPTION MEDICALE ET SOIGNANTE DE LA PROCEDURE DE CONCILIATION MISE EN PLACE AU CHU DE BORDEAUX

Vous pouvez retourner ce questionnaire (**avant le 2 juin 2000**)

Par courrier à :

Monsieur Galy
Direction de la clientèle – CHU de Bordeaux
Groupe hospitalier Pellegrin
Place Amélie Raba Léon
33076 Bordeaux cedex

Par fax au :

05 56 79 61 50

Vous êtes (*facultatif*) : Médecin Cadre infirmier

1 – Connaissez-vous l'organisation mise en place par le CHU afin de gérer les plaintes et les réclamations ?

OUI NON

2 – Connaissez-vous l'existence de la commission de conciliation ?

OUI NON

Si oui, quelles sont ses principales missions ? (*cochez une ou plusieurs case(s)*)

- améliorer l'information des usagers et de leurs proches
- assister et orienter les usagers et leurs proches
- indiquer aux patients et à leurs proches les voies de recours dont ils disposent
- autres (décrivez) :

3 – Selon vous, quels sont les trois principaux motifs de réclamation des patients ou de leurs proches ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Soins médicaux | <input type="checkbox"/> Diagnostic |
| <input type="checkbox"/> absence | <input type="checkbox"/> absence |
| <input type="checkbox"/> qualité | <input type="checkbox"/> erreur |
| <input type="checkbox"/> délais | <input type="checkbox"/> retard |
| <input type="checkbox"/> Soins paramédicaux | <input type="checkbox"/> Attitude/comportement du personnel |
| <input type="checkbox"/> absence | <input type="checkbox"/> Attente |
| <input type="checkbox"/> qualité | <input type="checkbox"/> Information |
| <input type="checkbox"/> délais | <input type="checkbox"/> Autres (décrivez) : _____ |
| <input type="checkbox"/> Décès d'une personne hospitalisée | |

4 – Quels sont les intérêts d'organiser une procédure de conciliation à l'hôpital ?
(cochez une ou plusieurs case(s))

- répondre à une attente des patients
- répondre à une attente du personnel médical
- répondre à une attente du personnel para médical
- prévenir les litiges
- Autres (décrivez) :

5 – Avez-vous suffisamment d'information sur la gestion des plaintes et des réclamations au CHU ?

- OUI NON

Si non, sous quelles formes souhaiteriez- vous recevoir cette information? (cochez une ou plusieurs case(s))

- Fiche d'information sur la procédure
- Document semestriel ou annuel regroupant les principaux résultats de l'analyse des plaintes et des réclamations

Autres (décrivez) :

6 – Remarques :

Merci pour votre participation.

Annexe 3

ENQUETE SUR LE FONCTIONNEMENT DE LA COMMISSION DE CONCILIATION REALISEE AUPRES DE TOUS LES C.H.U. ET ETABLISSEMENTS DE L'U.H.S.O.

Nous vous proposons de répondre à cette enquête, dont les résultats, qui seront présentés au colloque national sur la conciliation du 16 juin 2000, vous seront adressés dans quelques semaines.

Vous pouvez les retourner :

par courrier à :

**Directeur de la clientèle – CHU de Bordeaux
Groupe Hospitalier Pellegrin
Place Amélie Raba Léon
33076 – Bordeaux cedex**

par fax au :

05 56 79 61 50

Votre établissement :

Nom (facultatif) : _____

Commune (code postal) : _____

Nombre de lits médecine : _____

Nombre de lits chirurgie : _____

Nombre de lits gyneco-obs : _____

Nombre de lits moyen séjour : _____

Nombre de lits long séjour : _____
Nombre de lits psychiatrie : _____
Service d'urgence : OUI NON

1 - Votre établissement a-t-il mis en place une commission de conciliation?

OUI (voir 1.1) NON (voir 1.2)

1.1 - **Si oui**

A quelle date? __ __ __ __ (JJ MM AA)

Nombre de réunions? _____

A-t-elle établi son règlement intérieur? OUI NON

1.2 - **Si non** : La mise en place est-elle programmée? OUI NON

Si oui, à quelle date? __ __ __ __ (JJ MM AA)

2 - Votre établissement avait-il, avant la mise en place d'une commission de conciliation, instauré une instance de recueil des plaintes ?

OUI (voir 2.1) NON

Si oui

Informations sur sa forme antérieure

- Un service administratif chargé de la gestion des plaintes des malades ?
- Une instance pluri professionnelle (direction, médecins, soignants, etc.) chargée de la gestion des plaintes des malades?
- Autres ? (décrivez) :

3 - Votre établissement a-t-il mis en place une permanence de la commission de conciliation?

OUI (voir 3.1)

NON (voir 3.2)

3.1 - **Si oui**

A quelle date? __ __ __ (JJ MM AA)

Informations sur sa forme

- Assurée exclusivement par les membres de la commission ?
- Assurée par des médecins et des infirmiers exerçant ou ayant exercé dans l'établissement ?
- Autres ? (décrivez) :

- Proposée au moins hebdomadairement?
- Proposée au moins toutes les deux semaines?
- Proposée mensuellement?
- Autres ? (décrivez) :

Nombre d'usagers ayant contacté la permanence ? _____

3.2 - **Si non**

La mise en place est-elle programmée?

OUI (voir 3.2.1)

NON (voir 3.2.2)

3.2.1 - **Si oui**

A quelle date? __ __ __ (JJ MM AA)

3.2.2 - **Si non**

Pour quelle(s) raison(s) ?

4 - Dans l'hypothèse où une instance de conciliation médicale existe dans votre établissement:

4.1 - Une information figure-t-elle dans le livret d'accueil?

OUI (voir 4.1.1)

NON (voir 4.1.2)

4.1.1 - **Si oui :**

- Information utile

OUI NON

- Information complète

OUI NON

- Information à revoir

OUI NON

4.1.2 - **Si non:**

Cette insertion est -elle programmée? OUI NON

Si oui

A quelle date? __ __ __ (JJ MM AA)

Si non:

Pour quelle(s) raison(s)

4.2 - Cette information est elle communiquée aux patients par un autre support ou un autre circuit?

OUI (voir 4.2.1)

NON

4.2.1 - Si oui

- Affichage
- Fiche d'information
- Information orale dans le service de soins
- Autres (*décrivez*) :

4.3 - Analyse de l'activité de la conciliation médicale

4.3.1 - Quelques indicateurs d'activité:

Nombres de dossiers traités par la conciliation	
Nombres de dossiers ayant une suite contentieuse	
Nombre de courriers de réponse adressés par la conciliation	
Nombre de rencontres avec le conciliateur	

4.3.2 - Votre appréciation de l'activité

	<i>Tout à fait d'accord</i>	<i>Plutôt d'accord</i>	<i>Un peu d'accord</i>	<i>Pas du tout d'accord</i>
La conciliation médicale est utile aux patients (1)				
La conciliation médicale permet de mieux gérer les risques (1)				
La conciliation médicale répond aux attentes des médecins (1)				
La conciliation médicale répond aux attentes des infirmiers (1)				
L'activité de la conciliation médicale va augmenter (1)				
La conciliation médicale doit être mieux connue des professionnels de l'hôpital (1)				
La conciliation médicale doit être mieux connue des usagers de l'hôpital (1)				
L'organisation de la conciliation doit être revue (1)				

(1) Cocher la case correspondant à votre appréciation

5 – Les perspectives d'évolution

Quels sont les éléments qui pourraient nécessiter une évolution de la conciliation médicale dans votre établissement ?

	<i>Tout à fait d'accord</i>	<i>Plutôt d'accord</i>	<i>Un peu d'accord</i>	<i>Pas du tout d'accord</i>
L'évolution juridique et jurisprudentielle de la responsabilité				
Une place plus affirmée des usagers dans l'évaluation du système de soins				
Une attente exprimée par les compagnies d'assurance				

6 – VOS REMARQUES :

Merci pour votre participation.

Annexe 4

CONCILIATION MEDICALE
"Grille de Recueil d'Informations"

Année

Jour/mois.....

Cas n°

1 - Données relatives au patient

NOM :

Sexe :

Prénom :

Age :

2 - Qui se plaint

Patient

Famille proche

Famille éloignée

Ami

Médecin

Autre

3 - Motivation

Décès

Séquelles Actuelles

Séquelles Potentielles

Autres

4 - Secteur concerné

Etablissement

Service.....

U.F.....

5 - De qui se plaint-on ?

- Médecin(s)
- Paramédicaux
- Secrétariat
- Autre

6 - De quoi ?

- ♦ Décès
- ♦ Attente
- consultation
- examens complémentaires
- soins
- ♦ Diagnostic
- retard
- absence
- erreur
- ♦ Qualité des Soins et Traitements Médicaux
- ♦ Qualité des Soins Paramédicaux
- ♦ Information
- ♦ Attitudes
- ♦ Autres

7 - But recherché

- Demande d'information
- Expression d'un mécontentement
- Demande excuses
- Demande de sanctions
- Annulation de facture
- Demande d'indemnisation
- Demande conservatoire
- Autre

8 - Réponse apportée par la conciliation (au patient ou ses ayant-droits)

Direction de la Clientèle :

courrier
entretien téléphonique
rencontre

Conciliateur Médical :

courrier
entretien téléphonique
rencontre

Chef de Service et/ou Praticien concerné :

courrier
entretien téléphonique
rencontre

Directeur d'Etablissement :

courrier
entretien téléphonique
rencontre

Transmission Direction des Affaires Juridiques

Transmission dossier médical à médecin désigné par patient ou ayant droits

Autres

9 - Suites éventuelles

Pas de suite

Annulation de facture

Transaction (assureur)

Plainte Tribunal Administratif

Plainte Tribunal Civil

Plainte Tribunal Pénal

Autres

Remarques :

.....

.....

.....

Annexe 5

Programme du colloque du 16 juin 2000 organisé par le C.H.U. de Bordeaux sur “ la conciliation médicale, un an après ”

09h00 : Ouverture de la journée

M. Alain HERIAUD, Directeur Général du C.H.U. de Bordeaux

1. La conciliation médicale : la reconnaissance des droits de la personne malade

Président des séances de la matinée : M. Alain HERIAUD

09h30 : L'échange, la médiation, la conciliation et le code de déontologie médicale

M. le Pr. Bernard GLORION, Président de l'Ordre National des Médecins

10h00 : L'engagement de la responsabilité hospitalière : évolution jurisprudentielle et perspectives

Mme Aude ROUYERE, Professeur à l'Université Montesquieu – Bordeaux IV

10H30 : Table ronde : Parler, échanger, informer, quelle place donner à la conciliation médicale ?

Animée par M. le Pr. Gérard JANVIER, Président de la C.M.E. du C.H.U. de Bordeaux
Avec M. le Pr. AMOURETTI, Dr. BOISSEAU, M. DAUBECH, Mme MORIZOT

2. Les premières expériences : des organisations et des adaptations différentes au service des patients

11h30 : La mise en place des commissions de conciliation : présentation des résultats d'une enquête auprès des établissements de santé

M. Michael GALY, Elève-directeur au C.H.U. de Bordeaux

12h00 : Du conciliateur médical à la commission de conciliation : le parcours de l'AP/HP

M. Marc DUPONT, Chef de département des droits des malades – AP/HP

Président des séances de l'après-midi : M. le Pr. Gérard JANVIER

14H00 : La commission de conciliation dans un établissement privé de santé

M. Pierre SAVIN, Directeur de la Clinique Bordeaux Nord

14h30 : L'expérience du C.H.U de Bordeaux

M. le Pr. Jean-Claude BASTE et Mme Corinne TESNIERE

15H00 : Table ronde : La conciliation médicale : la perception des professionnels de santé

Animée par M. le Pr. BASTE, Conciliateur médical au C.H.U. de Bordeaux
Mme BLEZARD, M. POURRIERE, M. le Pr. SUC, M. le Dr. WOLF

3. Le point de vue de nos partenaires : quelles relations ont pu être établies avec la conciliation médicale ?

16H00 : Le point de vue des usagers

M. Pierre LASCOURMES, AIDES Ile-de-France, Membre du Collectif Interassociatif,
Représentant des usagers – Hôpital LAENNEC

16H30 : Le point de vue des assureurs (1)

M. Jean PICARD, Service juridique, Le Sou Médical

17h00 : Le point de vue des assureurs (2)

M. Jean-Pierre LENTILHAC, Juriste S.H.A.M.

17h30 Clôture de la journée

Le devenir et les perspectives d'évolution de la commission de conciliation

M. Philippe VIGOUROUX, Directeur Général Adjoint au C.H.U. de Bordeaux