

MEDIATIONS

édition électronique - en langue française

Numéro 8 - décembre 2019

SOMMAIRE

MEDIATION DANS LE DOMAINE DE LA SANTE

Editorial par Grégory SIMON page 1

Etats des lieux

- Etat des lieux en France par Jean-Pierre BONAFE-SCHMITT page 3
- Etat des lieux en Belgique Par Maria ALVAREZ-BARANGA, Christine DUTRIEU, et Grégory SIMON page 12
- Etat des lieux au Luxembourg Par Mike SCHWEBAG page 19
- Etat des lieux au Québec Par Laure BAGLINIERE, Catherine REGIS page 29

Point de vue

- 15 ans de médiation santé dans le canton de Vaud (SUISSE) Par Nadia GAILLET page 32
- La médiation possible de l'hôpital... aux domiciles Par Françoise HOUSTY page 34
- La médiation santé et fin de vie Par Pierrette AUFIERE page 36
- Le médecin face à la vulnérabilité Par Thierry MARMET page 37

Témoignages

- Maria-J. ALVAREZ BARANGA, Une médiatrice témoigne par Christiane WICKY page 42

Notes de lecture page 48 à 54

Notes bibliographiques page 55

Informations page 56

Editorial

Ce huitième numéro de la lettre des Médiations est dédié à la médiation dans le secteur des soins de santé.

L'élaboration de politiques, de stratégies et de plans sanitaires nationaux constitue un processus complexe et dynamique qui varie d'un pays à l'autre en fonction du contexte politique, historique et socio-économique. S'il n'existe pas de modèle unique pour mener à bien ce processus, il semble toutefois indispensable de prendre en considération la participation de tous les acteurs de la santé, sur les plans individuel, organisationnel et fonctionnel et de procéder à une analyse et un suivi minutieux de l'ensemble des besoins, voire des questions et priorités relatives au système des soins de santé.

Nous savons que l'hôpital est un lieu de guérison mais aussi un lieu d'anxiété, de souffrance, de mort. Ces moments de crise provoquent, selon les personnes et les situations, une certaine appréhension, une demande de parole et une recherche de sens. Comment l'hôpital peut-il gérer cela dans un contexte de société séculière, alors qu'il est devenu une entreprise à part entière, confronté lui aussi à des contraintes budgétaires. Dans le domaine du soin, on constate notamment que si le patient n'est pas reconnu comme un sujet à part entière, son approche risque de se pratiquer dans une zone de non-droit (le consentement libre). La prise en compte de cette dimension de sujet n'est pas facile car les services et les équipes soignantes sont soumis aujourd'hui à de fortes exigences techniques et des pressions de viabilité financière. Et l'on sait que la technique en

tant que telle ne connaît bien souvent que le « patient-corps » et qu'elle ne connaît pas le « patient-sujet ». Le professionnel de la santé peut être amené à devoir choisir entre accompagner le patient dans sa globalité (mission) et répondre aux contraintes techniques et financières imposées par un système de consommation de soins (conditions).

Nous ne sommes pas tous égaux devant la santé mais nous sommes tous concernés, personnellement ou indirectement lorsqu'il s'agit des membres de notre famille ou nos proches ; qu'ils soient patients ou accompagnants. Les soignants sont également visés, certes en leur qualité professionnelle mais aussi quand ils deviennent patients à leur tour. Le fonctionnement de l'hôpital étant basé sur des rôles professionnels (formations et tâches spécifiques et distinctes), quelle est la personne qui va accompagner la demande de parole, apporter une aide ou être un témoin de la recherche de sens ? Quand et comment devra-t-elle intervenir ?

Dans de nombreux pays, le législateur a eu à cœur de proclamer les droits du malade, en plaçant celui-ci au centre du dispositif. L'objectif est double : assurer la protection de la personne vulnérable et faire du patient un acteur de sa santé. Ainsi, le processus repose sur une conjonction des efforts de toutes les Parties, en d'autres termes *sur la responsabilité et l'autonomie des participants*, ceci en vue d'aboutir à un objectif commun.

C'est dans ce contexte que certains considèrent la médiation comme un véritable instrument de promotion de la santé. En effet, si des soins sont donnés en vue de promouvoir, de déterminer, de conserver, de restaurer ou d'améliorer l'état de santé d'un patient, la médiation, quant à elle, tend à promouvoir la communication entre le patient et le praticien professionnel, dans le but, si ce n'est de prévenir d'emblée les questions ou les plaintes, certainement de créer, d'entretenir et de développer une relation de confiance, de proximité et de respect des personnes ; des conditions qui sont indispensables à l'existence et à la préservation du lien thérapeutique. L'enjeu est important quand on



**"CE TRAVAIL S'INSÈRE
EN RÉALITÉ DANS UN ENSEMBLE
CONCRET DE PRATIQUES
QUI CONCOURENT TOUTES
À LA DÉFINITION DE LA MÉDIATION
EN SANTÉ."**

sait que la relation de soin est parfois construite dans la durée, et que beaucoup redoutent les conséquences d'une éventuelle rupture.

Ainsi, si la médiation peut être un outil particulièrement indiqué à la résolution des conflits dans le secteur des soins de santé, c'est sans doute parce que l'éthique du soin et de l'accompagnement présente quelques similitudes avec celle du processus de médiation. En effet, s'il est attendu du patient qu'il puisse consentir librement et participer activement à tout acte de soins, la médiation procède à l'identique, en ce sens qu'elle est le seul processus de règlement des différends à avoir pour conséquence de laisser les parties seules décisionnaires de l'accord qui résultera de leur discussion animée par le médiateur, de manière pacifique, sans soumission ni contrainte.

Si l'on veut que cela fonctionne, que les individus puissent définir leurs besoins et ajuster leurs attentes mutuelles, cela requiert de la part du médiateur de déterminer un cadre spécifique ainsi que des moyens d'étayage afin que sécurité et confiance puissent s'installer entre le patient et le soignant. La médiation peut ainsi participer à l'amélioration de la qualité des soins, mais encore faut-il que chacun des intervenants puisse pleinement s'investir, autant le médiateur et les médiés que l'ensemble des acteurs du système des soins de santé, plus largement la société, voire l'Etat, dans sa volonté de promouvoir la médiation.

Notre édition spéciale, en matière des soins de santé, permettra entre autres d'échanger des points de vue, de dresser un état des lieux dans plusieurs pays tels que la Belgique, la France, le Liban, le Luxembourg, le Québec et la Suisse. Notre attention portera notamment sur la législation ou

la réglementation (à défaut, toute initiative) fixant le cadre d'intervention du médiateur ou de la fonction de médiation dans le champ de la santé, les spécificités telles qu'elles existent au niveau national (éventuellement régional/local), les avantages mais aussi quelques critiques et réflexions relatives au(x) dispositif(s), soit les difficultés éventuelles auxquelles se confronte le médiateur.

A travers les différentes contributions à notre revue, plusieurs éléments sont pertinents, s'ils peuvent être développés, comme le statut et le mode de recrutement du médiateur, son profil de fonction, ses missions et tâches (entre autres les types de demandes auxquelles il répond, les spécificités relatives au processus de médiation), s'il travaille au sein d'une institution ou sous le statut libéral, le financement et son rapport d'activités, éventuellement quelques données chiffrées. Il sera parfois question, en sus, des collaborations qu'il peut éventuellement avoir avec d'autres services ou structures, voire les alternatives à la médiation dans le secteur des soins de santé.

Les témoignages de professionnels dans le secteur permettront aussi d'illustrer d'une façon plus concrète et vécue l'activité de médiateur dans un domaine aussi particulier qu'est celui du SOIN. Quelques ouvrages que l'on a pu recenser compléteront encore notre lecture de la médiation SANTE.

Ainsi, l'échange des pratiques professionnelles, la possibilité d'apprendre des uns des autres, constitue indéniablement une source d'apprentissage et d'amélioration continue de la médiation, plus largement des soins de santé.

Nous vous souhaitons une bonne lecture.

Grégory SIMON
médiateur

[Retour sommaire](#)

ETAT DES LIEUX DANS LE MONDE FRANCOPHONE

ETAT DES LIEUX DE LA MEDIATION DANS LE DOMAINE DE LA SANTE EN FRANCE

Par Jean-Pierre BONAFE-SCHMITT

Depuis le milieu des années soixante-dix, la médiation s'est développée dans tous les champs de la vie sociale de l'entreprise à la famille, sans oublier le quartier ou l'école... et plus tardivement dans le champ de la santé, ce qui tend à démontrer qu'il existe un certain nombre de résistances à son développement¹. Pourtant, au-delà du phénomène de mode, il convient de s'interroger sur ce renouveau de la médiation qui ne peut pas être réduit à une simple technique de gestion des conflits, car elle vise plus largement à (re)créer du lien social dans nos sociétés marquées par l'individualisation, la fragmentation, le délitement des rapports sociaux. Le domaine de la santé n'échappe pas à ce délitement des

relations entre personnel médical et patient qui se caractérise à la fois par la montée des incivilités et de la violence dans les établissements hospitaliers, et plus largement par une crise de confiance entre le monde médical et les patients.

C'est pour tenter de surmonter cette crise que l'on voit se développer depuis quelques années des projets de médiation qui reposent à la fois sur des logiques gestionnaires comme dans le cas de la mise en place de médiateurs pour gérer les conflits entre médecins et patients. D'autres projets font plus appel à une logique communicationnelle, car ils ont pour but d'établir ou de rétablir un lien entre les institutions de santé et des populations qualifiées de vulnérables comme les migrants ou des personnes sans ressources pour leur faciliter l'accès aux soins. Enfin, il convient de mentionner les projets de médiation liés à une

¹BONAFE-SCHMITT J-P, La ou les médiations dans le domaine de la santé in PERRIG-CHIELLO P., STAHELIN H,B, La sante. Cycle de vie, société et environnement », Réalités sociales, 2004, 227p.

logique de sécurisation qui reposent sur le recrutement de médiateurs pour gérer la montée des phénomènes de violences et d'incivilités dans les institutions hospitalières.

I)-LA MEDIATION SANTE : UN FLOU CONCEPTUEL

La médiation est un phénomène pluriel, ce qui explique l'existence d'un certain flou conceptuel autour de cette notion et c'est particulièrement le cas dans le domaine de la santé ou sur un même lieu, celui de l'hôpital, certains parleront de « médiateurs biochimiques » et d'autres de « médiateurs médicaux »².

1-Le flou terminologique : les activités et les instances de médiation

Sur un plan sémantique, il est intéressant de constater une multiplication des médiateurs dans le domaine de la santé au cours de ces dernières années et que la dénomination même de ceux-ci n'est pas encore stabilisée puisque l'on parle aussi bien de médiation médicale, de médiation santé, de médiation sanitaire,...

Si l'on fait un petit détour historique, on constate qu'au début des années quatre-vingt, on ne parlait pas de médiateurs, mais de conciliateurs. En effet, à l'image des conciliateurs de justice qui avaient été mis en place, en 1978, pour régler les petits contentieux de la vie quotidienne, il fut créé en 1981 des conciliateurs médicaux. On peut regretter l'abandon, en 1989, de cette dénomination de conciliateurs médicaux, car elle avait l'avantage d'être plus juste que celle utilisée de nos jours autour de la notion de médiation. En effet, le phénomène de mode jouant, c'est l'appellation de médiateur qui s'est imposée aussi dans le domaine de la santé au détriment de celle de conciliation. Sans

remettre en cause le bien-fondé ou la qualité de l'action de ces différentes structures, on peut se poser la question de savoir si la dénomination de médiation est la plus appropriée pour qualifier la nature de leur intervention. C'est pour sortir de ce flou conceptuel autour de la notion de médiation,

²Ibidem.

³ Cf. sur cette question GUY-ECABERT C., GUILLOD O., (dir.) Médiation et santé, Editions, Weblaw, Berne, Schulthess, Zurich, 2008, 101p

que nous avons proposé de distinguer « les instances » des « activités » de médiation⁴. C'est autour de cette notion d'«activité de médiation » que l'on pourrait regrouper dans le domaine de la santé, ces nouveaux tiers qui interviennent dans la gestion des relations médicales, comme les facilitateurs, les adultes relais, les personnes de confiance... Si nous parlons d'activité de médiation, c'est que nous avons constaté que nouveaux tiers utilisaient souvent les techniques issues de la médiation.

Les instances de médiation se distinguent des activités de médiation, non seulement par le statut du médiateur, marqué par son indépendance, son impartialité et son absence de pouvoir, mais surtout par son mode d'action qui repose sur une rationalité communicationnelle et non instrumentale comme dans le cas des activités de médiation⁵. Dans cette perspective, la médiation s'apparente à un processus visant à permettre aux personnes de se construire comme acteur, de promouvoir une capacité d'action, une autonomie dans la gestion de leurs conflits et plus largement de leurs relations sociales.

2-Le médiateur dans le domaine de la santé : un expert médical ou un homme de l'art de la médiation ?

Dans le domaine de la santé, le flou conceptuel n'a pas été levé par la loi du 4 mars 2002, car ce texte entretient une certaine confusion entre conciliation et médiation avec la création de commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux et de médiateurs. Cette confusion a

été relevée par Michèle Guillaume-Hofnung, qui démontre que l'analyse de la loi de 2002 « révèle la regrettable défaillance des textes qui ont paré le conciliateur des atours du médiateur. A deux reprises, le terme « médiation » est utilisé à la place de «conciliation»⁶.

Ce flou autour des notions de conciliation et de médiation se double aussi d'une autre confusion entre médiation et expert, car il est

⁴ BONAFE-SCHMITT J-P, La médiation sociale et pénale in BONAFE-SCHMITT J-P, DAHAN J, SALZER J, SOUQUET M, VOUCHE J-P Les médiations, la médiation , Erès-trajets, 1999, 302p

⁵ Ibidem p.37

⁶ GUILLAUME-HOFNUNG M., La médiation dans le domaine de la santé. La Gazette Santé-Social, N°85, mai 2015. Disponible sur <http://services.gazette-sante-social.fr/items/GSS-Analyses/gss-85p46.pdf>



souvent invoqué pour justifier le choix des médiateurs, que la technicité des affaires abordées nécessite la désignation d'un expert du domaine. Si l'on peut prendre en compte ces considérations, il est toutefois souhaitable qu'en ce qui concerne son appartenance le médiateur ne doit faire partie « ni de l'établissement, car un membre du personnel de l'hôpital ou de l'administration ne répond pas aux critères d'indépendance et d'impartialité ». Cette nécessité d'extériorité à la cause se justifie en raison du poids des habits professionnels qui peuvent représenter autant d'obstacles à une vision objective de la situation. Une constatation similaire a été faite par un membre du Comité consultatif national d'éthique qui a souligné que « ces hommes et ces femmes sont sans nul doute d'une grande honnêteté intellectuelle et parfaitement compétents dans leur domaine professionnel. Mais, à ce jour, ils sont issus du sérail hospitalier qui les a nommés et formatés. De ce fait, ils ne peuvent être garants d'une totale neutralité. Et le titre de médiateur qui leur est attribué fausse le sens de la mission universellement accordée à la médiation »⁷.

Pour sortir de cette confusion entre médiateur et expert, nous soutenons le point de vue qu'il n'est pas demandé au médiateur d'être un expert de la santé, mais un expert de la gestion des conflits et de la communication. En effet, son rôle, n'est pas de porter un jugement sur une affaire, ni de trancher un litige, mais de créer les conditions processuelles pour amener les parties à trouver leur propre solution. A partir de cette conception, on peut comprendre que, ce qui est primordial n'est pas une expertise dans un domaine déterminé, mais une compétence en matière de gestion des conflits et de communication. C'est pour cette raison que se pose la question de la formation des médiateurs médecins aux techniques de médiation, car on peut être un bon médecin mais un mauvais médiateur. C'est surtout vrai dans le domaine de la santé où le médiateur doit prendre en compte l'asymétrie de pouvoir qui existe entre le patient et le médecin en raison de sa position de dépendance et de vulnérabilité, ce qui l'oblige à mobiliser des techniques communicationnelles particulières pour tenter de rééquilibrer les pouvoirs. L'acquisition de ces techniques comme la notion d'écoute, la gestion des émotions, la

prise en compte de la souffrance... ne fait pas partie du cursus de formation des médecins et nécessite un minimum de formation. En l'absence de celle-ci, ce sont les médiateurs qui se sont organisés, comme dans le cas de l'Association Française des Médecins Médiateurs (AFMM), pour dispenser une véritable formation continue des médiateurs. Cette structure organise régulièrement des journées sur des thèmes aussi divers que « médiation et vulnérabilité », « De la médiation à l'amélioration de la qualité des soins », « Ethique et médiation médicale hospitalière » ...⁹.

Si la construction de cette nouvelle fonction de médiateur médical passe par la formation, elle implique aussi l'affirmation d'un certain nombre de principes comme celle d'indépendance qui constitue au même titre que l'impartialité, la neutralité, les fondements de celle-ci. Or, les modalités actuelles de nomination des médiateurs médecins laissent planer une certaine suspicion sur leur indépendance puisqu'ils sont nommés par le directeur de l'établissement « *parmi les médecins exerçant dans l'établissement ou ayant cessé d'y exercer la médecine ou ayant une fonction de médiateur depuis moins de 5 ans* »¹⁰. De plus, comme l'a bien souligné F. Ben Mrad, le médiateur médecin est amené à intervenir dans des cas qui le place dans « *une double proximité avec l'un des médiés puisqu'ils partagent non seulement son métier, mais appartiennent aussi à la même institution* »¹¹.

II)-LES LOGIQUES DE MEDIATION

La médiation dans le domaine de la santé est traversée par différentes logiques et nous avons essayé d'en dresser un panorama pour en montrer à la fois la diversité et la complexité afin d'ouvrir le débat sur ce qui relève ou non du champ de la médiation.

1-Les logiques de gestion des conflits

Dans le domaine de la santé, comme dans les autres champs de la vie sociale, la majorité des fonctions de médiation repose sur une

7 LESOEURS G., Le règlement des conflits : le médiateur santé existe-t-il ? Indications et prescriptions de la médiation en santé, in Dossier Médiation et santé : une évidence ? 17 janvier 2008, CNEH, Actualités JuriSanté n°61/2008. Disponible sur : http://www.jurisante.fr/wp-content/uploads/2014/10/AJS_61.pdf

8 DESCHAMPS C., L'indispensable tiers in Dossier Médiation et santé : une évidence ? op.cit., p.32

9 Association Française des Médecins Médiateurs. Disponible sur : http://www3.chu-roen.fr/Internet/professionnelSante/patient/droits/reclamation/asso_medecinconciliateur/

10 JACQUEYRE A., Étude exploratoire de la médiation hospitalière Allemagne, Canada (Québec), Finlande, France, Norvège, Pays-Bas, Royaume-Uni Étude réalisée à la demande de la Fondation Roi Baudouin, 2007, 135 p.

11 BEN MRAD F., Médiation médicale et médiation interculturelle socio-sanitaire, Revue Education permanente, N°189, Décembre 2011

logique de gestion des conflits en raison de l'émergence d'un contentieux de masse lié à la juridicisation croissante de nos sociétés et de l'inadaptation de l'institution judiciaire pour prendre en charge ce type de contentieux en raison de son coût, de son formalisme et surtout des délais¹².

Les médiations externes

Une des premières instances de médiation à intervenir dans le domaine de la santé a été celle du Médiateur de la République qui a été créé en 1973 et elle a été remplacée, en 2011, par celle du Défenseur des droits. Inspiré de l'Ombudsman suédois, le médiateur avait pour rôle d'intervenir dans les conflits opposant les administrés aux administrations dont les établissements de santé¹³. La santé a toujours représenté un domaine d'intervention du Médiateur de la République et dans son rapport de 2010, le dernier titulaire de la fonction, Jean-Paul Delevoye, avait souligné une montée des "phénomènes de maltraitements, violences morales, négligences et incivilités" à l'égard des patients et du personnel hospitalier¹⁴. Sur un plan quantitatif, le Pôle Santé de la Médiature a reçu en 2010, date du dernier rapport, 11 880 appels et a été saisi de 2 175 réclamations¹⁵. Sur un plan plus qualitatif, le médiateur dans ce dernier rapport a souligné que « l'accès au dossier médical du patient et de ses ayants droit reste une source de complications »¹⁶.

Au fil des années, la situation s'est peu améliorée puisque dans son rapport, en 2018, le Défenseur des droits qui a repris les activités du Médiateur de la République soulignait que « de nombreuses réclamations invoquent le caractère discriminatoire des refus de soins. Elles montrent que le droit à la santé n'est pas encore pleinement effectif notamment pour les personnes en situation de précarité »¹⁷.

Il faudra attendre 2017 et notamment une série de conflits liés aux conditions de travail dans les établissements hospitaliers, pour que le ministère de la Santé à l'image de ses homologues de l'Education nationale, des

Finances... nomme un médiateur¹⁸. Si sa mission initiale était limitée à la prévention des risques psychosociaux à l'hôpital, elle a été étendue l'année suivante par la nouvelle ministre de la Santé Agnès Buzyn, qui l'a chargée d'une « nouvelle mission de préfiguration d'un dispositif de médiation sur les conditions de travail des soignants au sens large »¹⁹. Ce n'est qu'au début de l'été 2019 que le décret instituant un médiateur national et des médiateurs régionaux ou interrégionaux pour les personnels des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux soit publié²⁰. Le texte prévoit que « la médiation pour les personnels des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux s'applique à tout différend entre professionnels, opposant soit un agent à sa hiérarchie soit des personnels entre eux dans le cadre de leurs relations professionnelles »²¹. Toutefois le texte exclut du champ de la médiation, « les conflits sociaux, les différends relevant des instances représentatives du personnel ou faisant l'objet d'une saisine du Défenseur des droits ou d'une procédure disciplinaire et les différends relatifs à des décisions prises après avis d'un comité médical ou d'une commission de réforme »²². Il conditionne aussi la saisine du médiateur régional ou interrégional à la preuve que « le différend n'a pu être résolu dans le cadre d'un dispositif local de conciliation ou de médiation et, le cas échéant, qu'après avoir été porté devant la commission régionale paritaire ». On ne dispose pas encore de statistiques sur l'activité de ces médiateurs mais cela ne devrait pas tarder car les textes prévoient l'obligation de remettre un rapport annuel au ministre de la santé et des affaires sociales.

A côté de ces institutions, d'autres structures de médiation interviennent plus ou moins ponctuellement, c'est le cas notamment en matière familiale, car il existe souvent des conflits dans les fratries à propos de l'hospitalisation d'un parent. Mais cette forme de médiation n'a pas encore réussi à trouver sa place pourtant, elle pourrait constituer « un recours efficace comme mode de résolution de

12 BONAFE-SCHMITT J.-P., "La médiation: une justice douce". Syros-alternatives, 1992, 279p

13 Ibidem p.45

14 DELEVOYE J.-P., Rapport annuel 2010 du Médiateur de la République. La Documentation Française, 2011, 88p. Disponible sur <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000149/>

15 Médiateur de la République, Rapport annuel 2010, http://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/mr_a_2010.pdf

16 Médiateur de la République, Rapport annuel 2010, op. cit p.20

17 Défenseur des droits, Rapport annuel d'activité 2018, <https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/raa-2018-num-19.02.19.pdf>

18 Un entretien avec Édouard Couty, médiateur national, Avenir Hospitalier, 27/03/2017 Disponible sur <http://www.avenir-hospitalier.fr/index.php/%202-non-categorise/379>

19 BAYLE-INGUEZ A., Buzyn lance deux missions pour améliorer la qualité de vie au travail des professionnels de santé, Le Quotidien du Médecin, 11/09/2017. Disponible sur <https://www.lequotidiendumedecin.fr/interne/etudes-medicales/buzyn-lance-deux-missions-pour-ameliorer-la-qualite-de-vie-au-travail-des-professionnels-de-sante>

20 Décret n° 2019-897 du 28 août 2019 instituant un médiateur national et des médiateurs régionaux ou interrégionaux pour les personnels des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000038987938&categorieLien=id>

21 Ibidem

22 Ibidem

conflits familiaux lorsque les moyens hospitaliers n'apportent pas de solution ou ne peuvent plus aider les usagers ou les résidents dans leur difficulté privée »²³. On retrouve une autre illustration de cette logique gestionnaire pour gérer les conflits en matière de santé avec l'introduction de l'action de groupe par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé²⁴. La France a toujours eu du mal à reconnaître ces actions de groupe qui connaissent un large succès dans les pays anglo-saxons sous le nom de « class action »²⁵. La reconnaissance de cette action de groupe vise à encadrer ces actions collectives menées lors d'affaires très médiatisées comme celles du « médiateur » de l'« amiante », du « sang contaminé »... La proposition de la médiation, comme mode de gestion de ces actions de groupe, doit être replacée dans une logique instrumentale d'éviter une trop grande judiciarisation de ces affaires de santé. En effet, la loi prévoit qu'avec l'accord des parties, le juge peut nommer un médiateur afin de proposer les conditions d'une indemnisation amiable. Toutefois, certaines dispositions du texte peuvent apparaître comme contraire à l'éthique de la médiation comme celle qui évoque que la convention pourrait mentionner ou non la détermination des responsabilités²⁶. Dans le même sens, le législateur impose que la convention d'indemnisation doive contenir un certain nombre de précisions qui peuvent être contraires au principe de la confidentialité et qui l'apparente à un rapport d'expertise.

Les médiations internes

Pour faire face à la montée des plaintes et réclamations à la fin des années soixante-dix, les établissements hospitaliers ont mis en place des dispositifs de traitement de ces dernières pour éviter leur judiciarisation²⁷. Ces dispositifs répondent le plus souvent à des logiques gestionnaires, c'est-à-dire que

l'objectif principal est de traiter ces plaintes pour éviter un recours juridictionnel même s'il existe aussi une volonté de prendre en compte les demandes et la souffrance des patients et d'améliorer le fonctionnement des services hospitaliers.

Les premiers dispositifs reposaient, comme nous l'avons vu, sur la conciliation et sur un plan historique, c'est aux Hospices Civils de Lyon que fut mis en place l'ancêtre des « commissions de conciliation » avec la création d'une « commission d'information de l'utilisateur »²⁸. Il faudra attendre l'année 1996, pour qu'une ordonnance prévoie la généralisation de cette expérience, avec la création dans tous les hôpitaux d'une « commission de conciliation »²⁹. Elles ont été remplacées avec la loi du 4 mars 2002 par les « Commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge » (CRUQPC) qui comprennent en leur sein le médecin médiateur et le médiateur non médecin et par les « Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation » (CRCI) qui peuvent déléguer à des médiateurs leur mission de conciliation³⁰.

Nous ne reviendrons pas sur cette confusion entre médiation et conciliation et nous nous limiterons dans le cadre de cet article à analyser le rôle des médiateurs médecins chargés du traitement des plaintes et des réclamations relatives à l'organisation des soins et le fonctionnement médical du service³¹. Il s'agit d'une compétence limitée, car le médiateur médical ne peut prendre en charge les réclamations contentieuses, c'est-à-dire celles qui portent sur des demandes d'indemnités. Ce type de demande relève des services de contentieux des hôpitaux ou de la CRCI ou encore de l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux, des Affections Iatrogènes et des Infections Nosocomiales (ONIAM). S'il est saisi d'une telle demande, le médiateur se doit d'informer le patient des voies de recours et de conciliation qu'il a sa disposition³².

23 WEKA, La médiation familiale - Établissements de santé. Disponible sur <http://www.weka.fr/sante/dossier-pratique/droits-des-patients-dt60/la-mediation-familiale-4873/>. Cf aussi : HAMIDI Rabia, Médiation familiale et santé publique, Editions ASH, 2018, 152 p.,

24 Cf. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>

25 Alexanne BOUVIGNIES, LES CLASS ACTIONS Etude de droit comparé entre les droits français et américain, Master de droit européen comparé, Université Paris-Sorbonne, 2011. Disponible sur : <https://docassas.u-paris2.fr/nuxeo/site/esupversions/39e09604-96d2-4637-8236-e6670c7dd41b>; Guillaume CERUTTI, Marc GUILLAUME, Rapport sur l'action de groupe remis le 16 décembre 2005 à Thierry BRETON, Ministre de l'économie, des Finances et de l'industrie et Pascal CLEMENT, Ministre de la justice, Garde des Sceaux, 200. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/054004458.pdf>

26 Ibidem

27 BONAFE-SCHMITT J-P, La ou les médiations dans le domaine de la santé, op. cit.

28 DUPONT M., Les commissions de conciliation, op.cit. p.121

29 L'ordonnance du 24 avril 1996 et le décret du 2 novembre 1998 ont institué dans chaque établissement public de santé une « commission de conciliation »

30 Cf. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

31 Cf article R.1112-92 du Code de la santé publique

32 ROCHANT H, CHEVALIER P, SICARD D, La médiation médicale à l'hôpital : Un autre regard, Editions Lamarre, 2008, 112 p.

Dans les métropoles importantes, comme Paris ou Lyon, où il existe de nombreux établissements de santé, le processus de médiation a fait l'objet d'une standardisation pour uniformiser les pratiques des médiateurs. C'est notamment le cas à Paris où l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) ou le processus de médiation a été codifié au sein du règlement intérieur de la CRUQPC et a fait l'objet de la publication d'un guide³³. Ainsi, l'AP-HP de Paris a fait le choix de créer une « cellule de médiation » pour le traitement des réclamations, il en est de même aux HCL de Lyon qui parle de « pool de médiateurs »³⁴. Dans le développement de ces bonnes pratiques il convient de souligner le rôle joué par l'association des médiateurs médecins (AFMM) qui a largement contribué à la construction d'un processus de médiation adapté au champ de la santé et au développement d'une éthique de la médiation³⁵. Malgré les efforts de cette association, il n'en reste pas moins que les médiateurs sont tenus de respecter un certain nombre d'obligations prévues par les textes et qui peuvent apparaître comme contraire aux principes de la médiation, comme celui de la confidentialité, avec la remise du compte-rendu de médiation à un certain nombre de personnes. En effet, le compte-rendu est adressé par le médiateur au président de la CRUQPC qui le transmet aux membres de la commission, comme à la direction de l'établissement.

2-Les logiques de communication

Depuis les années quatre-vingt, un certain nombre de rapports ont souligné le « déficit de communication » de l'institution hospitalière que ce soit avec ses usagers ou avec ceux qu'elles n'arrivent pas ou plus à toucher en raison de problèmes liés à des handicaps sociaux ou physiques³⁶. Cette crise

communicationnelle explique, le développement de ces projets de médiation qui sont souvent qualifiés de « médiations culturelles ou interculturelles » ou de « médiation santé publique ».

Les médiations de type externe

C'est à la fin des années quatre-vingt, qu'il est coutume de situer la création des « femmes-relais » et plus précisément à Montfermeil et à Clichy sous-Bois dans la région parisienne³⁷. Dans ces quartiers où il existe une forte proportion de population étrangère, les barrières linguistiques et culturelles, ainsi que l'ignorance du fonctionnement des institutions sont à l'origine de nombreuses difficultés relationnelles entre les familles et les professionnels des services de santé et scolaire...³⁸

C'est en partant de ce constat, que des professionnels ont cherché à mettre en place un dispositif pouvant favoriser les relations entre les familles d'origine étrangère et les institutions³⁹. En effet, ils avaient constaté

que des femmes immigrées maîtrisant assez bien la langue française « *accompagnaient spontanément leurs voisines aux visites médicales pour servir d'interprète, mais aussi pour favoriser la compréhension mutuelle* »⁴⁰. C'est à partir de cette pratique que va naître l'expérience des femmes-relais et plus largement de la médiation interculturelle avec la signature de de conventions entre des établissements hospitaliers et des associations permettant l'intervention, le plus souvent de « *femmes-relais pour conduire des actions de médiation entre les usagers et les institutions* »⁴¹.

A partir de ces pratiques, un certain nombre d'organisations comme Profession Banlieue et l'Institut Régional de Travail Social (IRTS) de



33 Ibidem

34 Hospices Civils de Lyon, Voies de réclamations et de recours. Disponible sur : http://www.chu-lyon.fr/web/Voies%20de%20r%C3%A9clamation%20et%20de%20recours_562_581_586_2932.html

35 Association Française des Médecins Médiateurs - journée annuelle le 20 novembre 2015, thème "Éthique et médiation médicale hospitalière". Disponible sur : <http://www.ethique-npdc.fr/detail-evenement/ethique-et-mediation-medicale-hospitaliere/>

36 CANIARD E., La place des usagers dans le système de santé ; Disponible sur <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/004001297.pdf>

37 MADELIN B., Le rôle des femmes-relais. En Seine-Saint-Denis, avec Profession banlieue. Informations sociales, n° 141, 2007 ;

38 Ibidem

39 Ibidem

40 La Fonda, La validation des acquis de l'expérience (Vae) bénévolé, La tribune fonda n° 174 - août 2005

Disponible sur : <http://www.fonda.asso.fr/La-validation-des-acquis-de-l.html>

41 GUILLAUME-HOFNUNG (M) « La médiation dans les relations médecin-personne malade », Espace éthique. La Lettre, n°15-16-17, hiver 2000. Disponible sur : <http://www.espace-ethique.org/ressources/article/la-m%C3%A9diation-dans-la-relation-m%C3%A9decin-personne-malade>

Paris vont travailler sur la professionnalisation et la structuration de cette nouvelle fonction de médiation avec la création d'un premier référentiel de cette activité en 1997⁴². Cette volonté de professionnaliser s'est poursuivie au cours des années avec le développement de cursus de formation⁴³. Cette nécessité de formation pour exercer cette fonction de médiation se justifie par l'idée qu'au-delà de la possession d'aptitudes linguistiques, il est nécessaire d'acquérir « des connaissances techniques (organisation hospitalière, réglementation, rôles des personnels...), des savoirs anthropologiques dans le domaine des relations interculturelles en lien avec la santé, sans parler des enseignements issus des sciences de la communication relatifs à l'écoute, l'empathie... »⁴⁴.

En l'absence de statistiques au niveau national, il est difficile de connaître la réalité de l'activité de ces médiatrices et nous nous limiterons à reprendre les résultats d'une étude menée en 2007 sur l'activité des associations de femmes-relais de Seine-Saint Denis⁴⁵. L'étude montre que c'est l'activité de « mise en relation avec un partenaire » qui arrive en tête avec 30% du temps consacré à ce type d'intervention.⁴⁶ Cette activité correspond bien à ce rôle de communication jouée par les femmes-relais qui sont amenées en fonction des besoins recensés à mettre en relation les personnes ou les familles avec « les professionnels du champ de la santé, de l'éducation, de l'emploi, du droit de la justice... »⁴⁷. A égalité, on retrouve celle d'« intermédiation culturelle » qui représente aussi 30% du temps de travail des femmes-relais. Ce type d'intervention est souvent complémentaire à la précédente, car elles sont souvent amenées à avoir un rôle de traduction non seulement linguistique mais aussi des codes culturels pour faciliter le dialogue entre les institutions, comme les hôpitaux, et les familles⁴⁸. On constate que l'activité des femmes relais est essentiellement un rôle de communication puisque la part de gestion des conflits ne représente qu'une part négligeable de leur activité.

Les médiations de type interne

Dans le cadre de ces activités autour de la médiation communication, une autre expérimentation mériterait d'être mentionnée celle de « médiateurs de santé publique » (MSP). La création de cette fonction de médiation relève de l'initiative d'organismes internes au monde de la santé comme l'Institut de médecine et d'épidémiologie appliquée (Imea). Ce programme de médiation se rapproche plus d'une logique de communication que de gestion des conflits, dans la mesure où il s'agit d'améliorer l'accès à la prévention et aux soins pour des publics qualifiés en « situation de vulnérabilité »⁴⁹. L'objectif de ce programme était de démontrer l'intérêt de l'intervention des médiateurs de santé travaillant en lien avec les professionnels de santé pour favoriser l'accès aux soins de certaines catégories de populations comme les migrants, les gens du voyage, les Roms... Il s'agissait pour ces médiateurs d'amener ces publics à établir ou à rétablir une communication avec les institutions de santé pour bénéficier aussi bien des services de prévention que de l'accès aux soins. En effet, ces publics pour des raisons de méconnaissance ou de mauvaise compréhension du fonctionnement des institutions de santé, n'utilisaient pas ces services, ce qui occasionnait de profondes carences en matière de santé pour ces personnes.

Les initiateurs de ce programme ont élaboré un programme de formation spécifique à cette forme particulière de médiation qui repose sur l'acquisition de connaissances en matière de santé publique comme « *les pathologies les plus fréquentes, leur prévention et leur prise en charge* », la connaissance « *des dispositifs sanitaires et sociaux de droit commun* » mais aussi sur « *des savoir-être en matière de relation d'aide, d'accompagnement psychosocial et de médiation* »⁵⁰. Pour tenter de pérenniser cette fonction de médiateur de santé publique, les initiateurs de ce programme ont fait le choix de pousser à la création de diplômes universitaires comme le diplôme d'Etude Supérieure Universitaire [DESU] « *Information, médiation et accompagnement en santé* » de l'université Vincennes -Saint-Denis Paris 8 qui a fonctionné jusqu'en 2014 ou encore le DU

42 MADELIN B., Le rôle des femmes-relais. En Seine-Saint-Denis, avec Profession banlieue, op. cit

43 Ibidem

44 BEN MRAD F., Médiation médicale et médiation interculturelle socio-sanitaire., op. cit

45 Guide d'évaluation de l'utilité sociale de la médiation sociale. Guide méthodologique, Cahiers Pratiques, Editions du CIV, 2009 ; DUCLOS H., GRESY J-E, Evaluation de l'utilité sociale de cinq structures de médiation sociale. Rapport à Christine Boutin, ministre du Logement et de la Ville, 2008

46 Ibidem

47 Ibidem

48 Ibidem

49 CHERABI K., Trois régions françaises expérimentent la participation via les médiateurs. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-homme-382.pdf>

50 CHERABI K., Trois régions françaises expérimentent la participation via les médiateurs. Op. cit.

« Santé, maladie, soins, médiation et cultures »⁵¹.

Cette action en faveur de la reconnaissance de l'activité des médiateurs en santé publique commence à porter ses fruits puisque la loi de janvier 2016 sur la modernisation de notre système de santé a inscrit dans le code de santé publique la médiation sanitaire comme un outil pour « améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes éloignées » du système de santé⁵². Le législateur a délégué à la Haute Autorité de santé (HAS) le soin de définir les référentiels de compétences, de formation et de bonnes pratiques pour définir et encadrer les modalités d'intervention de ces nouveaux médiateurs⁵³. Ce référentiel a été publié en octobre 2017 et il précise que « la médiation sanitaire ou médiation en santé se distingue de la médiation au sens de mode alternatif de règlement des conflits » dans le sens où il exclut de son champ « la médiation institutionnelle visant à assurer le règlement de conflits avec les usagers du système de soins. Cette mission est gérée par les commissions des usagers (CDU) »⁵⁴. Un décret en date du 5 mai 2017 a défini le statut particulier de ces médiateurs en précisant que « La médiation sanitaire, ou médiation en santé, désigne la fonction d'interface assurée entre les personnes vulnérables éloignées du système de santé et les professionnels intervenant dans leur parcours de santé, dans le but de faciliter l'accès de ces personnes aux droits prévus au présent titre, à la prévention et aux soins. Elle vise à favoriser leur autonomie dans le parcours de santé en prenant en compte leurs spécificités. »⁵⁵



début des années 2000, ont eu recours à la médiation pour gérer les relations très conflictuelles avec des patients. Nous considérons que ces expériences relèvent d'une logique de sécurisation et nous serions plus circonspect pour intégrer ces fonctions de sécurisation dans le champ de la médiation.

Les médiations de type externe

Le recours à la médiation, pour gérer des situations de violence, n'est pas propre au domaine de la santé, des initiatives similaires ont été prises par les organismes de transport, avec l'expérience des « agents d'ambiance » ou encore avec les offices HLM qui ont mis en place des « correspondants de nuit »⁵⁶. Au fil des années, ce type d'initiatives s'est structuré autour de la notion de « médiation sociale », notamment sous l'impulsion de l'organisation de médiation sociale France Médiation. Ces initiatives relèvent d'une logique de médiation-sécurisation, car l'objet de ces interventions est moins la gestion des conflits que d'assurer la prévention et la sécurisation des personnes et des biens par une présence dissuasive des médiateurs.

Depuis quelques années, les organisations de médiation sociales ont cherché à développer leur champ d'intervention en l'étendant au domaine de la santé. C'est ainsi que l'association Citéo dont les médiateurs interviennent dans les transports en commun de l'agglomération lilloise, a investi le domaine de la santé en participant en 2014 à une expérimentation de médiation à l'Hôpital Saint-Vincent-de-Paul de Lille. C'est à sa demande que Citéo a participé « à la mise en œuvre d'une expérimentation en vue de réguler les tensions au sein du service des urgences »⁵⁷.

A l'image des autres projets de médiation sociale, que ce soit dans les quartiers ou les transports, l'expérimentation menée dans la structure hospitalière repose sur une vision assez large, pour ne pas dire confuse, de la médiation. En effet, il est assigné aux médiateurs plusieurs missions, comme celle relative à l'accueil des usagers, car il est chargé « d'accueillir, d'informer, d'orienter et de guider les patients, accompagnants, visiteurs. »⁵⁸. Il a aussi une mission de prévention, car « il a compétence pour sensibiliser et rappeler les règles de bonne

3-Une logique de sécurisation

Pour faire face aux phénomènes de violence, les établissements de santé, dès le

51 Collectif Français de Médiation en Santé Publique, Le point sur les formations universitaires de médiation en santé. Disponible sur : <http://www.cfmsp.org/spip.php?article188>

52 Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Article 90. Disponible sur :

https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?sessionId=463E473324D913764AED7F0429E0C25.tpdila16v_3?cidTexte=JORFTEXT000031912641&idArticle=LEGIARTI000031916282&dateTexte=20160127

53 Article L161-37 Modifié par Ordonnance n°2016-462 du 14 avril 2016 - art. 3 (VD). Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000017832778&cidTexte=LEGITEXT000006073189>

54 Ibidem

55 Décret n° 2017-816 du 5 mai 2017 relatif à la médiation sanitaire et à l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034602662&categorieLien=id>

56 BONAFE-SCHMITT J-P, Médiation sociale dans le monde francophone-La France, Lettre des Médiations N°2 octobre 2016

57 FRANCE MEDIATION, Médiation sociale à l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul. Une expérimentation réussie. Disponible sur : <http://www.mediation-npdc.fr/index-module-orke-page-view-id-455.html>

58 Ibidem

conduite ». Enfin, il assure aussi une fonction de médiation dans la mesure où il assure, d'une part, *l'interface avec les différents services aux urgences de l'Hôpital* ». Et, d'autre part, il gère « *les situations de tension ou potentiellement à risques, en lien avec le personnel de soins, administratif et les services supports* »⁵⁹.

A la lecture de ce cahier des charges, on constate qu'il est difficile de cerner l'identité professionnelle du médiateur social intervenant dans une structure hospitalière qui recoupe aussi bien les activités des personnes chargées de l'accueil, que des agents de sécurité. Toutefois cette critique ne remet pas en cause leur action car elle est le plus souvent appréciée par l'ensemble des acteurs. C'est particulièrement le cas à l'hôpital de Lille où le personnel de santé a reconnu que l'action du médiateur a contribué à créer « *un climat apaisé et à une baisse des faits de violence sur le personnel d'accueil* »⁶⁰.

Les médiations de type interne

Parallèlement, à l'appel de médiateurs externes aux structures hospitalières, celles-ci ont expérimenté des projets de médiation plus ou moins liés à une logique de sécurisation. A notre connaissance, c'est à l'hôpital Purpan de Toulouse qu'a été mis en place en mai 2002, un des premiers services de médiation dont la mission est de gérer les situations problématiques avec certains usagers du service d'urgence. Si l'objectif de sécurité est bien présent dans la mise en œuvre de ce service, il est surtout mis l'accent sur une logique communicationnelle car pour assurer ces fonctions de médiateur, l'hôpital a recruté deux jeunes diplômés en psychologie qui ont été dénommés : « médiateurs psychologiques »⁶¹. Ils avaient pour fonction de gérer, par l'écoute et le dialogue les situations difficiles comme celles des « *suicidaires demandant à cor et à cri de retourner chez eux* », des « *junkies mal lunés qui étranglèrent bien un interne pour une dose* », ou encore celles « *de mamans inquiètes prêtes à tout casser pour avoir des nouvelles de leur enfant accidenté* »⁶².

Au cours de ces dernières années des structures hospitalières ont intégré la médiation dans leur plan de lutte contre les violences notamment dans les services

d'urgence. C'est le cas de l'hôpital de la Timone à Marseille. En 2013, à la suite d'un certain nombre d'actes de violence, un audit a été mené qui a donné lieu à la signature d'une convention police/justice/hôpital et à l'élaboration d'un plan de 30 mesures pour lutter contre la violence⁶³. Pour faciliter le travail de régulation au niveau des urgences, un poste de médiateur a été créé et son rôle était de faire l'interface entre le public et les soignants. Il a été souligné que leur rôle était complémentaire de celui des agents de sécurité et devait permettre de « *démener au mieux les situations potentiellement explosives* »⁶⁴. Toutefois, l'activité du médiateur comportait une facette communicationnelle, car leur rôle était d'expliquer aux patients et aussi aux accompagnants le déroulement de la prise en charge.

Conclusion

A travers cet article, nous avons tenté de démontrer que le champ de la médiation dans le domaine de la santé en France, était traversé par différentes logiques démontrant la complexité de phénomène et la nécessité de son analyse. Cette étude se justifie pour plusieurs raisons, d'une part par ce que le phénomène de la médiation évolue au fil des années et qu'il conviendrait de s'interroger sur les raisons d'un plus grand développement des médiations reposant sur des logiques instrumentales au détriment de celles qui fonctionnent sur des logiques plus communicationnelles. D'autre part, il conviendrait d'étudier le profil de ces nouveaux tiers qui traduisent, à la fois la crise d'un mode de régulation sociale et des modes de communication entre professionnels de santé avec les patients et celle des professions traditionnelles chargées de gérer les conflits dans le domaine de la santé. Enfin, le champ de la médiation n'échappe pas aussi à une constante très française de multiplication et d'empilement des dispositifs de médiation au cours des années sans que ceux-ci fassent vraiment l'objet d'une réelle évaluation pour en vérifier leur efficacité ou non.

[Retour sommaire](#)

59 CITEO, Lancement officiel de la médiation sociale aux urgences de Saint-Vincent de Paul de Lille. Disponible sur : <http://www.citeo.org/index-module-news-page-view-idNews-109.html>

60 FRANCE MEDIATION, Médiation sociale à l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul. Une expérimentation réussie. Op. cit.

61 DILLIES B. Expérience prometteuse depuis trois mois à Purpan. Deux médiateurs apaisent la violence aux urgences. La Dépêche 20/7/2002

62 Ibidem

63 Violences : les mesures d'urgence de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, TechHopital.com. l'actualité de l'ingénierie hospitalière, 12/09/2013. Disponible sur : http://www.techopital.com/Violences--les-mesures-d-urgence-de-l-Assistance-Publique-Hopitaux-de-Marseille-NS_1257.html

64 Ibidem

ETAT DES LIEUX EN BELGIQUE

Par Maria ALVAREZ-BARANGA
Christine DUTRIEUX
et Grégory SIMON
médiateurs

I) LE CONTEXTE JURIDIQUE :

En Belgique, en 1999, la déclaration gouvernementale fédérale exprime la volonté de couler sous forme de loi, un véritable droit du patient : un droit d'information et un droit de plainte.

La loi du 22.08.02, appelée aussi loi « Droits du patient » (« DP » dans le jargon professionnel) s'applique aux rapports juridiques de droit privé et de droit public dans le domaine des soins de santé dispensés par un praticien à un patient. Il s'agit donc d'une relation personnelle « soignant-soigné ».

a) les droits du patient :

Selon la loi « DP », art 2, 3°, on entend par praticien professionnel le praticien visé à l'arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé (l'art médical, pharmaceutique, dentaire, l'exercice de la kinésithérapie, l'art infirmier et les professions paramédicales) ainsi que le praticien professionnel ayant une pratique non conventionnelle, telle que visée dans la loi du 29 avril 1999 (l'homéopathie, la chiropraxie, l'ostéopathie et l'acupuncture).

Les psychologues ne sont, quant à eux, visés par la loi DP que depuis septembre 2016.

Le prescrit légal consacre au patient les droits suivants : le libre choix du praticien professionnel, la prestation de services de qualité, l'information sur son état de santé, le consentement libre et éclairé sur la prestation médicale, l'accès au dossier médical, le respect de sa vie privée, les soins visant à soulager la douleur (ajouté par la loi du 24 novembre 2004) et enfin la possibilité de pouvoir introduire une plainte (auprès de la fonction de médiation compétente).

Ainsi, en 2003, la fonction est organisée au sein des hôpitaux (arrêté royal du 08.07.03). Chaque institution se voit ainsi dans l'obligation de garantir le droit de plainte au patient, en mettant à la disposition de ce dernier un service gratuit de médiation locale. La mention « médiateurs locaux » désigne les médiateurs « Droits du patient » dans les hôpitaux et dans les plates-formes de concertation en santé mentale (il s'agit de structures organisées par provinces qui offrent

leurs services, dont la médiation, aux institutions psychiatriques qui en sont membres). Là où cette fonction de médiation n'est pas organisée (pour le secteur extrahospitalier), le service fédéral de médiation « droits du patient » (DP) est compétent pour traiter des plaintes (ex : des différends avec des prestataires de soins tels que le médecin de famille, un dentiste, un kinésithérapeute, ..., exerçant sous le statut libéral. Il peut aussi s'agir des plaintes formulées par les patients au sein d'une maison de repos et de soins ou encore dans les prisons).

b) la place du médiateur :

Précisons qu'au terme de l'article 11 de la loi du 22.08.02, la fonction de médiation doit tout d'abord prévenir les questions et les plaintes par le biais de la promotion de la communication entre le patient et le praticien professionnel, et le cas échéant, assurer la médiation des plaintes. Le médiateur a également pour mission d'informer le patient sur les autres possibilités de traitement de sa plainte si la médiation a échoué. Il communique des informations sur l'organisation, le fonctionnement et les règles de procédure de la fonction de médiation. Enfin, il formule des recommandations permettant d'éviter que les manquements susceptibles de donner lieu à une plainte ne se reproduisent.

A la lecture du dernier rapport des médiateurs locaux (www.health.belgium.be), nous apprenons, entre autres, que dans les hôpitaux généraux, ils ont rapporté en 2014 quelques 20.647 plaintes liées à un droit du patient. Celles-ci concernent essentiellement le droit à des prestations de qualité (65%), le droit à l'information sur son état de santé (15%), le droit au consentement libre et éclairé à toute intervention du praticien professionnel (6%) et le droit à la copie du dossier de patient (5%).

Les plaintes concernant le droit à des soins visant à soulager la douleur (3%), le droit au libre choix du prestataire (2%), le droit à la tenue soigneuse et à la conservation du dossier de patient (2%) et le droit à la protection de la vie privée (2%) sont moins nombreuses.

La principale constatation en ce qui concerne le résultat de l'intervention du médiateur dans les dossiers « plaintes » est que dans 7% de dossiers « plaintes », ouverts en 2014 auprès du médiateur, le patient a été informé sur des alternatives en matière de traitement de la plainte.

II) L'ÉPREUVE DE LA PRATIQUE :

a) les plaintes : analyse statistique :

Bien que le résultat paraisse satisfaisant, les médiateurs ont tout de même rencontré un certain nombre de problèmes. Dans leur rapport annuel 2014, les médiateurs des hôpitaux généraux signalent le plus souvent des difficultés liées à l'exécution des missions administratives de la fonction de médiation (29%), et ensuite à la médiation même (25%) et à l'infrastructure, aux personnes et aux moyens mis à la disposition du service de médiation (25%). Dans une moindre mesure les médiateurs rencontrent des difficultés par rapport au maintien de leur neutralité et de leur impartialité (12%), relatives au respect du secret professionnel (11%) et concernant le maintien de leur indépendance (10%).

Du côté des hôpitaux psychiatriques, on relève au total 1.853 plaintes liées à un droit du patient. La majorité des plaintes concernent le droit à des soins de qualité (68%).

Les patients invoquent, dans une moindre mesure, le droit au consentement libre et éclairé à toute intervention du praticien professionnel (13%). Les plaintes concernant le droit à l'information sur son état de santé (6%), le droit au libre choix du praticien professionnel (4%), le droit à la protection de la vie privée (4%) et le droit à la copie du dossier de patient (2%) sont moins nombreuses.

Notez bien que les rapports des médiateurs locaux ont été confiés aux Régions (dans le cadre de la 6^{ème} réforme de l'Etat belge confiant davantage de compétences aux entités fédérées) à partir de 2015, et que depuis lors, on ne dispose plus des données sur le plan national. Malgré cela, nous pensons que le nombre de plaintes reste stable ; il l'était déjà depuis quelques années avant 2014.

Il convient aussi d'ajouter que la plupart des médiateurs gèrent également des demandes qui ne relèvent pas de la loi sur les droits du patient. Il s'agit de plaintes ayant rapport avec

les aspects organisationnels ou fonctionnels de l'institution, de l'hôtellerie, ..., ou encore qui ne concernent pas un professionnel visé par la loi « DP » (ex : problèmes relationnels avec les secrétariats d'accueil, de la perception, la facturation, le service social, les services techniques, de maintenance ou d'entretien, des demandes visant à obtenir des explications sur une facture, en regard des conventions établies, de la tarification voire de la nomenclature des soins de santé, les frais de séjour, les frais pharmaceutiques, les frais divers, les frais de transport en ambulance, les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous, l'état général des chambres, tous les incidents ou accidents où le plaignant sollicite l'intervention de l'assurance de l'hôpital, les problèmes relatifs aux repas, au règlement d'ordre intérieur de l'hôpital, etc.).

Quand on sait que les médiateurs gèrent +/- 55% de plaintes en relation avec la loi du 22.08.02 et +/- 45% de plaintes « hors cadre DP », on pourrait projeter le chiffre de quelques 35.000 plaintes traitées par les médiateurs hospitaliers en Belgique.

Concernant le service de médiation fédéral

« Droits du patient », qui a été créé auprès de la Commission Fédérale Droits du Patient / CFDP (Arrêté royal du 01.04.03 réglant la composition et le fonctionnement de la Commission fédérale " Droits du patient " instituée par l'article 16 de la loi du 22 août

2002 relative aux droits du patient) et qui est compétent pour le secteur extrahospitalier, il est composé de quatre médiateurs (deux francophones et deux néerlandophones).

Ces médiateurs ont, quant à eux, géré, en 2018, 1.184 plaintes relatives à la loi « Droits du patient ».

L'analyse des plaintes, du point de vue des droits bafoués, traduit une réalité plus ou moins semblable à celle des médiateurs locaux.

Les médiateurs du service fédéral diront toutefois être confrontés à de nombreuses plaintes qui relèvent de l'art dentaire.

b) les enjeux :

L'enjeu au niveau de la médiation reste important puisqu'il concerne l'avenir des relations entre la société et les professionnels des soins de santé. On peut comprendre, dès lors, qu'il donne lieu à de nombreux débats et discussions. En effet, si la loi « DP »



représente pour de nombreuses personnes une réelle avancée, elle ne fait pas pour autant l'unanimité. Certains pensent que pour créer les conditions d'une meilleure communication entre les personnes, le médiateur doit vraisemblablement s'appuyer sur une légitimité qui trouve sa source dans le respect de certaines exigences. Ainsi, Michèle GUILLAUME-HOFNUNG, professeur de droit public, responsable de la formation en médiation de l'Université de Paris 2 et vice-présidente du comité des droits de l'Homme de la commission nationale française pour l'UNESCO, définit la médiation comme étant un « processus volontaire d'établissement ou de rétablissement du lien social, de prévention ou de règlement des différends. Ce processus s'effectue au travers d'une communication éthique durant laquelle les personnes s'efforcent de renouer le dialogue pour trouver une solution à leur situation. Au cours de ce processus, un médiateur tiers, indépendant les accompagne de façon impartiale, et sans influencer les résultats tout en garantissant le respect des intérêts de chacun des participants et la confidentialité des échanges. »

A la question : « La médiation dans l'institution (voire à l'hôpital), est-ce toujours de la médiation ? », peut-être pourrions-nous répondre par « Un homme à qui il manque un bras, est-ce toujours un homme ? ». Les médiateurs reconnaissent le poids du cadre institutionnel et sont tout à fait conscients des préjugés qui tournent parfois autour de leur fonction.

Viola SPOLIN a dit : « Il faut faire attention aux mots, car souvent ils peuvent devenir des cages »

Les uns prétendent que la fonction de médiation manque parfois d'accessibilité et de visibilité, que le médiateur ne donne pas suffisamment de garanties quant à son indépendance. Les autres estiment qu'ils n'ont pas droit au chapitre, au motif que le principe fondamental de l'individualité, de l'équité n'est pas respecté pour le prestataire de soins, invoquant que seul le patient peut introduire une plainte et qu'on parle de médiateur « droits du patient ». Ces derniers qui ont la crainte d'être confrontés à toujours plus de plaintes, ont alors le souhait de voir également édicter des devoirs du patient.

Afin d'évaluer le fonctionnement des services de médiation en Belgique, le Centre de Recherche et d'Information des Organisations de Consommateurs (CRIOC) a mené en 2007 une étude qualitative auprès des patients et des médiateurs. L'enquête a mis en évidence que la plupart des patients ignoraient l'existence des services de

médiation. Ces derniers n'étaient tout simplement pas mentionnés dans les documents d'accueil de l'hôpital, ni indiqués dans les bâtiments.

L'enquête du CRIOC confirmait aussi que la majorité des plaintes étaient dues à un déficit de communication entre le prestataire de soins et le patient.

Le SPF santé publique, conscient de ce problème, a lancé en 2007, une campagne d'information

(« Droits du patient - une invitation au dialogue »), et a envoyé à plusieurs reprises des brochures et des flyers aux médiateurs des hôpitaux et des plates-formes de concertation en santé mentale. Ces supports sont une information sur les droits du patient et sur le fonctionnement des services de médiation. Ceux-ci ont été invités à les distribuer au sein de leur institution. Après plus de dix ans, la situation a bien évidemment évolué, mais il reste encore à faire pour améliorer la visibilité et l'accessibilité des fonctions de médiation ; l'expérience et le partage entre médiateurs nous amenant à dire que tous les médiateurs ne sont pas logés à la même enseigne.

c) les critiques :

La visibilité des services de médiation dans les hôpitaux a également fait l'objet, par le passé, d'une enquête par TEST ACHATS et a donné lieu à un article paru dans Test santé¹. Dans le cadre de cette étude, un enquêteur s'est fait passer pour un patient et s'est mis en quête des services de médiation dans les hôpitaux (47 hôpitaux, dont 19 en Wallonie, 5 à Bruxelles et 23 en Flandre). Il a tenté de trouver le bureau du service de médiation, photographié le fléchage et demandé des informations au personnel de l'accueil (notamment sur le règlement d'ordre intérieur). Il a aussi cherché des informations sur le site internet des hôpitaux. Selon l'enquête, la visibilité des services de médiation diffère énormément d'un hôpital à l'autre. Trop d'institutions y prêtent trop peu ou pas d'attention du tout. Le patient, dès lors, éprouverait des difficultés à s'adresser au médiateur. Ce seraient les hôpitaux wallons et bruxellois qui auraient à devoir augmenter la visibilité de leur service de médiation. Il y aurait cinq fois plus de dossiers traités en Flandre qu'en Wallonie et à Bruxelles. Cela suppose-t-il nécessairement qu'il y a un souci d'accessibilité à la fonction de médiation ? Une explication, parmi d'autres, tient peut-être dans le fait que les dénominations « ombudsman »

1 n° 104 - août/septembre 2011 – "Aide à portée de main"

et « médiateur » sont si différentes qu'elles conditionnent immanquablement la manière dont ces derniers se saisissent des dossiers litigieux. Le terme ombudsman est d'origine suédoise et signifie « porte-parole des griefs » ou « homme des doléances ». L'ombudsman existait avant la loi DP et c'est ce terme que le législateur a repris dans la version néerlandophone de la loi 2002. Le terme « médiateur » a, quant à lui, été retenu du côté francophone.

La fonction de médiation, en Belgique, a également fait l'objet d'autres critiques.

Notamment une proposition de loi complétant la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient qui a été déposée fin 2007 par M. Patrick VANKRUNKELSVEN. Celle-ci reprenait le texte d'une proposition qui avait déjà été déposée au Sénat le 6 novembre 2006. Selon l'auteur du projet, pour amener les patients à user de leur droit de plainte, il faut que le service de médiation soit indépendant dans son fonctionnement, d'un abord aisé et accessible. Depuis l'entrée en vigueur de l'arrêté royal du 8 juillet 2003 fixant les conditions auxquelles

la fonction de médiation dans les hôpitaux doit répondre², Monsieur VANKRUNKELSVEN pointe plusieurs problèmes : le fait qu'il n'y ait pas toujours de fonction de médiation, que certains médiateurs cumulent leur travail de médiateur avec d'autres activités (parfois incompatibles), qu'ils soient rémunérés par l'hôpital, qu'ils répondent à différents règlements d'ordre intérieur, que les uns traitent uniquement ce qui relève de la loi DP et que d'autres soient amenés à gérer d'autres types de plaintes (élargissement des compétences du médiateur). Le sénateur propose ainsi toute une série de mesures telles que, par exemple, la création d'un organe de coordination auprès du SPF qui se chargerait du recrutement, de la formation et de l'évaluation des médiateurs. Celui-ci répondrait alors à un seul et même règlement d'ordre intérieur, etc.

Si certaines des idées de Monsieur VANKRUNKELSVEN sont très intéressantes, peut-être y avait-il aussi quelques points que l'on trouvait excessifs, à moins qu'ils n'aient pu être plus clairement définis, au risque d'« enfermer » le médiateur dans « son indépendance » et de réduire ainsi sa liberté.

² L'indépendance, le secret professionnel, l'expertise, la protection juridique, l'organisation, le fonctionnement, le financement, les règles de procédure et le ressort

En juin 2010, s'est tenue une réflexion sur l'évolution de la fonction de médiation par la Fondation Roi Baudouin. Les experts concernés par cette étude ont formulé quelques recommandations visant en quelque sorte une refonte fondamentale et structurelle du système de la médiation au niveau des soins de santé. Ceux-ci prévoyaient notamment la création de trois niveaux : un niveau d'information préalable par l'appel éventuel à un numéro vert, le fait de contacter un agent d'information et gestionnaire de plaintes (actuellement le médiateur local) et la possibilité enfin de recourir à un médiateur en soins de santé (actuellement le médiateur fédéral).

En juin 2011, la Commission fédérale « Droits du patient » a émis un avis selon lequel elle insiste pour que le débat qui porte sur la médiation dans le secteur des soins de santé soit organisé avec les acteurs concernés sur le terrain. Elle souligne l'importance de mieux définir certains concepts (ex : médiation ou gestion de plainte, fonction de



médiation, accessibilité, indépendance, professionnalisation, ...). La Commission évoque également l'intérêt qu'il y aurait à pouvoir évaluer le système de la médiation et le fonctionnement de la fonction de médiation, en créant notamment un certain nombre d'instruments de base comme par exemple des formulaires d'évaluation uniformes qui seraient utilisés par toutes les institutions de soins. Elle recommande, pour favoriser une plus grande professionnalisation, la mise en place d'un réseau de soutien et d'échanges qui serait constitué de médiateurs de différents secteurs. Elle ajoute que si les associations de médiateurs telles que la VVOVAZ, l'AMIS et l'IPSOF sont des précurseurs en la matière, il serait indiqué d'officialiser, d'uniformiser et de financer de façon réfléchie la création et la mission d'un réseau fédéral.

Le 19 mai 2017, un autre avis de la commission fédérale de médiation insistait encore davantage sur les mesures à prendre visant à professionnaliser les fonctions de médiations mais hélas aucune mesure spécifique n'a été prise à ce jour.

d) les réponses apportées :

L'A.M.I.S ou association des médiateurs des institutions de soins (www.mediateurs-amis.be), fondée le 12 mai 2005, permet de répondre aux préoccupations de ses membres

adhérents en leur offrant régulièrement des outils concrets dans l'apprentissage des techniques de médiation et en mettant à leur disposition un forum de discussion à partir duquel chaque médiateur peut bénéficier de l'avis de ses pairs. Si l'association a mis un point d'honneur à sensibiliser les médiateurs aux règles de bonnes pratiques, en rédigeant en 2009, un code de déontologie, elle s'intéresse également à l'évaluation de la fonction de médiation.

Une étude a d'ailleurs été réalisée par l'un d'entre nous, G. SIMON, dans le cadre de son master 2 en médiation. Ce dernier a notamment élaboré un questionnaire de satisfaction (65 questions) qui vise à définir les représentations que peuvent avoir les médiés sur le rôle du médiateur, des tiers participants, de la médiation, des modes de connaissance du processus, du déroulement de la médiation, de la résolution du conflit et de l'issue de la médiation.

Selon cette étude qui a été menée³ en 2010-11, auprès de 140 médiés, ils sont plus de 50 % à ne pas tenter de négocier directement avec l'autre partie et ils sont même 40 % à attendre que le médiateur décide pour eux. Les médiés disent venir en médiation surtout pour trouver un arrangement à l'amiable (45 %) et pour s'expliquer avec l'autre (40 %), davantage que pour écouter le point de vue de l'autre médié (14 %). Ils sont également nombreux à penser qu'ils ont produit un effet sur l'autre et que ce dernier n'en a pas produit sur eux, mais sont quand même, finalement, 43 % à dire que la médiation leur a permis de comprendre la position de l'autre partie. Un tiers des participants disent même que leur relation avec l'autre partie s'est améliorée au cours de la médiation...

Notons aussi que 26 % des médiés ne connaissaient pas du tout la médiation avant d'y participer, 45 % un peu et 30 % bien voire très bien. Parmi les éléments qui peuvent amener une personne à choisir la médiation, il y a le souhait de trouver ensemble un accord (53 %) et la possibilité de s'expliquer avec l'autre partie (28 %). Tandis que parmi les éléments qui peuvent l'en dissuader, il y a la peur que la sanction puisse être plus faible qu'en justice (28 %), le fait de ne pas avoir toutes les garanties de droit (24 %) et que cela peut rallonger la procédure (24 %). Pour les médiés, le médiateur doit surtout être à l'écoute. Une qualité qu'il juge deux à trois fois plus importante que toutes les autres (ex :

impartialité, neutralité, connaissances relatives au secteur des soins de santé, ...). 65% des médiés estiment ne pas avoir été influencés par le médiateur (contre 41 % en médiation familiale, en étude comparative). Ils sont 97.5 % à avoir pu exprimer facilement leur point de vue et 73 % à penser que l'autre partie a été (tout à fait ou en partie) à l'écoute de leur problème. Enfin, 57 % des médiés disent être satisfaits de l'accord trouvé et 31 % partiellement.

L'association des médiateurs vise également à être un interlocuteur privilégié auprès des autorités fédérales, en relayant auprès des instances compétentes les réalités vécues par ses membres. Ainsi, mi-octobre 2012, dans le cadre de leur symposium, les médiateurs se sont concertés afin de formuler, tous ensemble, des recommandations aux autorités compétentes. Ils souhaitent que les diverses problématiques qu'ils rapportent depuis des années, puissent faire l'objet de mesures concrètes.

Il est triste de constater que certaines personnes semblent davantage s'intéresser au contenu des rapports des médiateurs locaux, notamment pour les rendre publics, qu'aux moyens qui sont alloués à la fonction de médiation pour que celle-ci puisse bien jouer son rôle.

III) POUR UNE VISION D'AVENIR :

a) Poursuivre le débat :

De nombreux sujets font toujours débat, comme par exemples : Pourquoi n'y a-t-il pas de médiateurs à la Commission fédérale « Droits du patient » (CFDP), à l'instar de la Commission fédérale de médiation créée auprès du Service Public Fédéral Justice (Code jud. : lois 21/02/05 & 18/06/18) ?

Où en est-on par rapport à la protection juridique des médiateurs (en rapport avec son indépendance et les moyens de pressions qu'il peut parfois subir) ? Qu'en est-il de leur certification, sachant que promouvoir la médiation, c'est aussi reconnaître le médiateur (accès à la profession de médiateur dans le secteur des soins de santé et formation professionnelle) ? L'agrément accordé au médiateur conditionnerait-il le financement accordé à la fonction de médiation ? Où en est-on par rapport à l'élargissement des compétences du médiateur (depuis les avis de la CFDP de 2006 et 2011) ? Quelle chance y a-t-il de voir aboutir la mise en place d'une instance de contrôle externe qui se chargerait des missions de réglementation et de surveillance, telles que définies dans l'avis de

³ dans le cadre de l'Observatoire européen de la médiation (programme de recherche lancé en 2006 conjointement par le Groupe d'Etude Médiation MODYS et les universités de Lyon 2, de Luxembourg, de Murcia et de Sion.

juin 2011 de la CFDP sur le fonctionnement de la fonction de médiation ? Indépendamment de la notion de contrôle, quelles sont les mesures qui sont prises pour soutenir, accompagner les médiateurs locaux (souvent isolés dans leur fonction) ? Depuis l'avis émis par la CFDP le 17/03/06, sur l'incompatibilité de fonction, qu'a fait le législateur en vue de renforcer l'indépendance du médiateur (certains exercent d'autres fonctions), qu'en est-il de l'avis de la Commission sur la place du médiateur dans l'organigramme de l'hôpital (certains dépendent du Directeur médical) ? Faut-il faire un ajout à la loi sur la médiation « DP » concernant le principe de la confidentialité (tel que décrit par la loi du 21/02/05, art 1728 du code judiciaire) ? Voilà autant de questions qu'il reste à examiner, de près...

b) interpeller le système fédéral :

Depuis la 6^{ème} réforme de l'Etat et l'application de textes qui règlent le transfert de compétences aux communautés et régions ainsi qu'une réforme importante de la loi spéciale de financement, nous constatons qu'il sera pour nous plus difficile d'améliorer notre cadre de travail.

Quand on sait, que chaque communauté, chaque région s'articule selon un modèle de gouvernance qui lui est propre et des choix politiques pas toujours cohérents. Quelles concertations entre la Flandre, la Wallonie, la région de Bruxelles-Capitale et la communauté germanophone ?

Il est un fait que les compétences se croisent entre entité fédérale et entités fédérées. Il serait opportun comme l'a déjà souligné la commission fédérale « droits du patient », que le pouvoir fédéral et les entités fédérées échangent leurs informations et procèdent ainsi à l'élaboration de protocoles d'accord. Ce qui rendrait la fonction de médiation en soins de santé plus cohérente et efficace tant pour les patients que pour les médiateurs en soins de santé.

Il existe un manque réel de support aux médiateurs en institutions de soins.

La situation du médiateur fédéral en soins de santé est tout autant problématique, au vu de l'augmentation croissante de plaintes concernant des praticiens professionnels non liés à un établissement de soins et des difficultés qu'ils rencontrent en termes de visibilité et d'accessibilité (leur bureau étant situé à Bruxelles).

Il y a un autre point essentiel que nous souhaitons aborder : comme le prévoit l'article 11, §2 de la loi du 22/08/2002, la fonction de médiation a, entre autres, comme mission « la

formation de recommandations permettant d'éviter que les manquements susceptibles de donner lieu à une plainte, ne se reproduisent. »

Cela constitue une réelle opportunité d'amélioration (parmi d'autres) de la qualité et de la sécurité des soins des soins et des services dispensés au patient.

Dans certaines institutions hospitalières, le médiateur collabore activement avec la cellule qualité et est amené à identifier des suggestions d'actions d'amélioration.

Ex : procédure consentement financier pour les implants ophtalmiques, réflexion sur procédure gestion de fin de vie aux soins d'urgence ...

On constate donc une prise de conscience basée sur la volonté de l'institution de considérer les plaintes des patients comme un levier de l'amélioration continue.

c) Développer :

Le **partenariat patient** fait son apparition depuis une dizaine d'années. Cette approche privilégie une implication plus active du patient et de ses proches aidants dans le processus de soins et de services et dans les décisions qui les concernent. Le patient est membre de l'équipe de soins et de services. La relation repose sur l'empathie, un climat de confiance, la reconnaissance de l'expertise du patient, la reconnaissance de la capacité du patient à décider. Il est encouragé à développer ses compétences de soins tout au long de son parcours de santé de façon à devenir un véritable partenaire des intervenants qui l'accompagnent (Cf figure 1). Le patient est expert de la vie avec la maladie tandis que le professionnel est expert de la maladie.





Figure 1 : Evolution de la relation Patient-Professionnel de la santé (Source : CIO et DCCP, 2016) – Université de Montréal.

C'est en 2007, qu'apparaît, à travers le contrat qualité pluriannuel du SPF Santé Publique dont un des axes est consacré à l'empowerment des patients, une volonté institutionnelle de considérer de façon structurée cette évolution des relations entre patients et professionnels.

Le SPF Santé Publique apporte de son côté un soutien méthodologique et financier.

En 2015, les centres hospitaliers Jolimont s'inscrivent dans une **démarche d'accréditation** (canadienne), un comité patient partenaire a alors été créé.

Celui-ci a pour mission de promouvoir la culture patient partenaire au niveau des soins cliniques directs et dans le développement des projets institutionnels (ex : la présence d'un patient partenaire au Comité Qualité).

Cette mission répondait à un des axes stratégiques du pôle hospitalier : « Impliquer le patient pour répondre au mieux à ses attentes ».

Les normes d'accréditation Canada sont basées sur une évaluation externe par des experts canadiens de l'organisation des soins. Ces normes rassemblent un certain nombre d'exigences à satisfaire dont la pratique organisationnelle requise qui spécifie que « L'équipe (le professionnel de la santé) informe et forme les patients et les familles au sujet de leur rôle en matière de sécurité au moyen de communications écrites et verbales ». Cette exigence ne pourrait pas être implémentée dans les hôpitaux sans l'implication des patients.

Pour répondre à cette exigence, il est nécessaire de prendre en compte le vécu du patient.

C'est dans ce contexte qu'un comité patient partenaire a alors été créé. Celui-ci a pour mission de promouvoir la culture patient

partenaire au niveau des soins cliniques directs et dans le développement des projets institutionnels (ex : la présence d'un patient partenaire au Comité Qualité).

Cette mission répondait à un des axes stratégiques du pôle hospitalier : « Impliquer le patient pour répondre au mieux à ses attentes ».

Le plan pluriannuel du Comité Patient partenaire 2016-2019 pour les 4 hôpitaux poursuit les objectifs suivants :

1. Développer la culture du patient partenaire (ex : organisation de conférences au sein de l'hôpital, de formations du personnel, développement de collaboration avec le service communication)
2. Patient Partenaire – comme ressources qualité (ex : groupes de travail, rédaction de documents d'information des patients telles que des brochures)
3. Patient Partenaire – comme ressources pour les soins cliniques (ex : éducation thérapeutique)
4. Patient partenaire de sa sécurité (Impliquer le patient dans la sécurité des soins pour prévenir les infections, les erreurs médicales, etc.)

L'engagement des patients partenaires dans cette démarche innovante passe par la sélection et le recrutement de patients.

Rien de plus simple que de vivre le témoignage d'une patiente partenaire : « Après avoir déposé une plainte au service de médiation, suite à une hospitalisation au sein de l'hôpital de Jolimont, la médiatrice a géré de manière satisfaisante mon différend avec l'hôpital. Quelques temps après cet incident, le

service médiation m'a contactée afin de porter à ma connaissance l'existence du comité PP et ainsi savoir si cela pouvait éventuellement m'intéresser d'y participer. A priori, cette activité n'avait guère d'intérêt pour moi au vu de la vie déjà bien remplie que je mène. Toutefois, après mûres réflexions, j'ai décidé de me lancer dans cette aventure.

Pour moi, un simple accord de ma part et un document à signer auraient été suffisants pour intégrer le groupe du CPP. Mais c'était sans compter le sérieux avec lequel l'hôpital gère ses nouvelles recrues PP et ce n'est qu'après maints entretiens téléphoniques et interviews que j'ai pu rejoindre l'équipe.

J'ai très vite été acceptée au sein du comité, tant par le personnel que par mes collègues PP, et c'est au travers des réunions mensuelles que je me familiarise chaque fois davantage avec le milieu hospitalier et son jargon. Je n'ai à aucun moment regretté ma décision, tant l'expérience est enrichissante et je suis intimement convaincue que l'existence de tels comités au sein des hôpitaux ne peut qu'améliorer à moyen et long terme le bien-être des patients et au travers de ceux-ci la satisfaction au travail de tout le personnel soignant et de toutes les parties prenantes ». Danièle Dumeunier, patient partenaire depuis janvier 2019.

Cette dynamique s'inscrit aussi dans une dimension sociologique : l'hôpital aujourd'hui est considérée comme une entreprise à part entière. Le patient est devenu un « client », les organisations hospitalières doivent implémenter dans leurs structures et soins et services une orientation bénéficiaire.

La satisfaction de la patientèle est un indicateur précieux à évaluer. Le but étant de fidéliser le patient. Il va sans dire que la pérennité du Comité Patient Partenaire est assurée, car elle s'inscrit dans le cadre de l'accréditation, celle-ci étant l'essence même de la naissance du projet. Le Comité Patient Partenaire a besoin pour exister de la bienveillance de l'hôpital afin de mener à bien les différents projets et réciproquement le Comité Patient Partenaire est pour l'hôpital un élément favorable à la dynamique d'amélioration continue instauré par l'accréditation.

Il est bien évident que la réussite du projet ne peut être assurée que si les équipes sont convaincues du bien-fondé du Comité Patient Partenaire... A long terme, cela ne pourra qu'être bénéfique tant pour les patients que pour les professionnels eux-mêmes.

[Retour sommaire](#)

Médiation dans le domaine de la santé au Luxembourg

Par Mike SCHWEBAG,
médiateur de la santé,
Luxembourg

Avertissement :

L'auteur est fonctionnaire. Les points de vue exprimés sont ceux de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement ceux du Gouvernement luxembourgeois.

Introduction : le contexte luxembourgeois

Situé entre la Belgique, l'Allemagne et la France, le Grand-Duché du Luxembourg est un des plus petits pays d'Europe (2.586 km²) et compte environ 620.000 habitants. Le Luxembourg connaît depuis de longues années un fort développement économique. L'immigration, principalement de pays européens, explique que les Luxembourgeois représentent aujourd'hui 52,3% de la population. A la population résidente

s'ajoutent presque 200.000 frontaliers, qui représentent environ 45% de l'emploi. Les langues officielles du pays sont le Luxembourgeois, le Français et l'Allemand. L'Anglais et le Portugais sont également fortement répandus. Le Luxembourg est ainsi aujourd'hui un pays ouvert et multiculturel où se côtoient des langues et cultures diverses au quotidien, y compris dans le secteur de la santé et du social. Le pays a su construire et maintenir un système de santé généreux et solidaire. Les dépenses en matière de santé par habitant sont relativement élevées en

¹ La population totale a presque doublé de 1961 à 2019. Les Portugais représentent 15,6% des résidents, les Français 7,6%, les

Italiens 3,7%, les Belges 3,3%, les Allemands 2,1%. 7% sont des ressortissants hors UE-28.

termes absolus, avec une participation personnelle parmi les moins élevées.

Le système de santé repose sur un conventionnement obligatoire des prestataires de soins de santé. Les prestataires prennent ainsi tous en charge leurs patients suivant les conditions et tarifs de la sécurité sociale.

Le système se caractérise aussi par une forte tradition libérale. La majorité des médecins, y inclus en milieu hospitalier, sont en exercice libéral. Le patient dispose du libre choix de son médecin traitant, voire des autres prestataires. Il peut librement consulter un généraliste, un médecin spécialiste ou un autre prestataire.

L'offre de soins repose sur un nombre limité d'acteurs : approximativement 2.400 médecins actifs, dont 550 médecins généralistes. 4 groupes d'établissements hospitaliers avec une offre généraliste et des établissements ou services de pointe spécialisés (radiothérapie ; chirurgie cardiaque aiguë ...), environ 100 pharmacies ouvertes au public ... En l'absence de certains soins hautement spécialisés, le recours à des soins à l'étranger est relativement fréquent.

Un paysage de la médiation en plein essor

Le développement de la médiation dans le domaine de la santé est récent et s'inscrit dans un mouvement général de développement de la médiation.

L'intégration croissante de la médiation dans tous les domaines de la vie continue de nos jours, avec une professionnalisation et institutionnalisation croissante de celle-ci. Le Luxembourg dispose ainsi aujourd'hui d'un paysage de la médiation et de résolution amiable de conflits varié et bien développé au niveau structurel et juridique².

Cadre juridique général applicable à la médiation

L'on constate un véritable engouement du législateur pour la médiation. Jan KAYSER relève dans son ouvrage pas moins de 51 textes dans des contextes qui ne correspondent pas toujours à de la médiation.

La loi du 24 février 2012 sur la médiation en matière civile et commerciale joue un rôle transversal important. Elle a vocation à s'appliquer dans le domaine de la santé, y inclus à titre supplétif dans le cadre du service du médiateur de la santé. La loi du 24 février

2012 donne un cadre général à la médiation, sous la forme d'un nouveau titre repris au sein du Nouveau Code de Procédure Civile luxembourgeois (NCPC)³. L'article 1251-2 du NCPC introduit par la loi de 2012 définit ainsi le processus de médiation comme un « processus structuré dans lequel deux ou plusieurs parties à un litige tentent volontairement par elles-mêmes, de parvenir à un accord sur la résolution de leur litige avec l'aide d'un médiateur indépendant, impartial et compétent ».

Le suivi rigoureux du processus de médiation énoncé au NCPC assure que la médiation bénéficie d'un cadre favorable garantissant la confidentialité, la suspension des éventuels délais de prescription pendant la médiation ainsi qu'une garantie de pérennité des accords de médiation, qui peuvent bénéficier de l'homologation par le juge.

Le NCPC distingue entre la médiation conventionnelle, initié par un accord des parties en vue de la médiation, et la médiation judiciaire initiée - avec l'accord des parties - par une juridiction déjà saisie. Finalement, la loi de 2012 fixe la procédure et les conditions de fond de l'agrément en tant que médiateur en matière civile et commerciale décerné par le ministre de la Justice.

Intégration croissante de la médiation dans le domaine de la santé

L'intégration de la médiation dans le domaine de la santé s'inscrit dans un mouvement général de développement de la médiation au Luxembourg.

Tout comme en Belgique et en France, l'intégration de la médiation dans le domaine de la santé s'est faite en lien avec la formalisation des droits et obligations du patient. Dans un premier temps dans le secteur hospitalier et, par la suite, en institutionnalisant la médiation en santé dans le cadre la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient (ci-après « loi relative aux droits et obligations du patient »).

Médiation en santé et ordres professionnels

Le Luxembourg dispose de deux ordres professionnels dans le domaine de la santé, le

³ Cette loi transpose la directive 2008/52/CE du Parlement européen et du Conseil du 21 mai 2008 sur certains aspects de la médiation en matière civile et commerciale, tout en étendant les principes qui y sont énoncés pour les litiges transfrontaliers à tous les litiges nationaux.

⁴ L'importance pratique est limitée dans notre domaine, alors que le délai de prescription des actions en responsabilité est de trente ans.

² KAYSER J. (2019), La médiation au Grand-Duché de Luxembourg - Droit, Posture, Technique, Processus & Paysage institutionnel, Larcier Luxembourg, 335 p.

Collège médical et le Conseil Supérieur de Certaines Professions de Santé. La loi leur attribue des fonctions professionnelles, administratives et juridictionnelles, de défense et de régulation des professions.

Ces dernières années, le Collège médical a poursuivi une politique favorable au règlement amiable et à la médiation. L'Ordre a ainsi rejoint en 2013 le Centre de Médiation Civil et Commercial. Le Collège médical a aussi, dans certains cas, proposé au plaignant qui s'est adressé à lui un processus de règlement amiable du différend au travers d'un de ses membres formés à la médiation⁵.

Médiation en milieu hospitalier

Un premier pas important en termes de formalisation des droits du patient est intervenu en 1998. La loi hospitalière de 1998 constitue en effet la première intervention du législateur luxembourgeois dans le domaine des droits et obligations du patient⁶.

L'article 46 de cette loi, qui figure à son chapitre 10 intitulé « *Droits et devoirs des patients* », oblige les établissements hospitaliers de disposer « *d'un mécanisme de traitement et de ventilation des suggestions, doléances et plaintes* ». Cette loi a ainsi introduit, pour le secteur hospitalier, un droit à la plainte. Cette obligation aux contours peu précis a été implémentée de façon hétérogène par les établissements hospitaliers en permettant une intégration plus ou moins prononcée de la médiation dans le cadre de la gestion de plaintes. Tant en ce qui concerne leur indépendance, que leur degré de formation à la médiation, la pratique montre en même temps une grande hétérogénéité.

Certains établissements ont implémenté, pour les différends qui concernent l'activité médicale, une fonction de « *conciliateur médical* » en s'inspirant de la pratique des médiateurs médicaux en milieu hospitalier français. Des personnels soignants ont aussi été formés à la médiation suivant le modèle de médiateur hospitalier belge. Au-delà de ces structures internes, il y a parfois recours à un médiateur externe pour résoudre un différend entre un patient et un prestataire hospitalier⁷.

⁵ En vertu de l'article 16 de la loi modifiée du 8 juin 1999 relative au Collège médical, son président ou un membre délégué à ces fins peut proposer « ses bons offices » pour régler les différends qui peuvent naître entre médecins, médecins-dentistes, pharmaciens et psychothérapeutes ou entre eux et des patients ou clients, dans l'exercice de leur profession. Si la posture peut être médiative, il ne s'agit pas de médiation au sens propre du terme.

⁶ La loi du 28 août 1998 a été abrogée par la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière. Son article 40 maintient cette obligation.

⁷ Présentations orales de Dr Martine Goergen et de Me François Prum, Colloque « Médiation et Avocat », Luxembourg, octobre 2015.

Depuis sa création récente, le service du médiateur de la santé peut être saisi.

La mise en œuvre d'un processus de gestion des plaintes avec un fort rattachement à la direction hospitalière, sans recours à une fonction de médiation interne ou à du personnel formé à la médiation, reste cependant fréquent.

L'article 32 de la loi hospitalière de 2018 prévoit le recours à un tiers pour résoudre certains différends entre le Conseil médical et son organisme gestionnaire. Il s'agit de situations rares. Quoique la loi parle de l'intervention d'un « *médiateur* », le processus instauré relève plutôt de la conciliation.

Service national d'information et de médiation dans le domaine de la santé

La loi relative aux droits et obligations du patient a créé le service national d'information et de médiation dans le domaine de la santé (ci-après « service du médiateur de la santé »). Il s'agit d'un service étatique *ad hoc*, sous l'autorité administrative du Ministre de la Santé. Les frais de fonctionnement du service sont pris en charge par le budget de l'Etat, qui est opérationnel depuis la mi-mai 2015.

Le chapitre 3 de la loi précitée régit son statut et son fonctionnement, en accordant au service une large autonomie dans l'accomplissement de ses missions. La loi précise que le service est dirigé par un médiateur nommé par le Gouvernement en conseil pour une durée renouvelable de cinq ans.

Le service se compose actuellement de l'auteur de la présente contribution qui remplit la fonction de médiateur de la santé, d'une médiatrice agréée en matière civile et commerciale disposant d'une formation en droit de la santé, ainsi que d'une collaboratrice assurant le secrétariat à mi-temps. Au besoin le service a ponctuellement recours à des médiateurs agréés externes⁸. La loi soumet le médiateur de la santé et ses collaborateurs au secret professionnel.

Outre sa mission principale dans les conflits entre patients et prestataires de soins de santé, la loi attribue au service du médiateur de la santé une mission d'information et d'accès au droit, une mission générale d'action en faveur des droits et obligations du patient et une mission d'action en faveur de la prévention des conflits⁹.

⁸ Notamment si les médiés parlent une langue commune non maîtrisée ou s'il y a un souci d'impartialité au niveau des médiateurs du service.

⁹ L'article 20 de la loi relative aux droits et obligations du patient donne une énumération plus complète des missions légales du service.

Au niveau de sa mission d'information, le service peut donner des informations générales sur les droits et obligations régissant la dispensation de soins de santé, sur le système de santé luxembourgeois, ses principaux acteurs et son fonctionnement. Il informe aussi sur l'organisation, le fonctionnement et les règles de la médiation, ainsi que sur les autres voies possibles de règlement d'un litige. Ces mêmes informations sont aussi données dans le cadre de la mission de point contact en matière de soins transfrontaliers, que le service remplit aux côtés de la Caisse nationale de santé¹⁰.

Au sein de son rapport annuel¹¹, le service dresse un tableau des principales difficultés constatées et formule ses recommandations.

Médiations dans le cadre du service du médiateur de la santé

Je décrirai ci-après le processus de médiation, tel qu'il est actuellement mis en œuvre dans le cadre du service du médiateur de la santé. Il s'inscrit dans le cadre tracé par la loi de 2014 et précisé par le règlement d'ordre du service¹².

Champ d'activité du service

L'on peut recourir au service du médiateur de la santé pour une médiation entre un patient et un ou plusieurs prestataires¹³ de soins de santé, pour autant que le litige soit en lien avec la prestation de soins de santé¹⁴ dispensés au Luxembourg, voire à l'étranger en cas de soins transfrontaliers. La loi admet expressément la saisine du service par les ayants-droits en cas de décès du patient.

¹⁰ Le Luxembourg dispose de deux points de contact désignés en application de la directive 2011/24/UE, avec une répartition fonctionnelle rattachée aux missions nationales. Le point de contact auprès de la Caisse nationale de santé traite ainsi les questions qui concernent le remboursement de soins de santé transfrontaliers, l'autorisation préalable de soins à l'étranger, les tarifs et le remboursement etc.

¹¹ Les rapports annuels sont adressés au ministre de la Santé. Ils sont publics et disponibles sur le site internet du service (www.mediateursante.lu).

¹² La loi du 24 juillet 2014 prévoit à son article 20 (4) que le service établit son règlement d'ordre.

¹³ La notion de prestataire de soins de santé est définie par l'article 2 e) de la loi relative aux droits et obligations du patient : « Tout professionnel de santé, tout établissement hospitalier, ainsi que tout prestataire de soins, exerçant légalement sa profession en dehors du secteur hospitalier, visé à l'alinéa second de l'article 61 du Code de la sécurité sociale. »

¹⁴ Les soins de santé sont définis comme des services de santé fournis par des professionnels de santé aux patients pour évaluer, maintenir ou rétablir leur état de santé, y compris la prescription, la délivrance et la fourniture de médicaments et de dispositifs médicaux. Les services fournis dans le domaine des soins de longue durée dont le but principal est d'aider les personnes qui ont besoin d'aide pour accomplir des tâches quotidiennes courantes, y compris dans le cadre de l'assurance dépendance, sont exclus. (Loi du 24 juillet 2014, art. 1 (4) et art. 2 c)

Le service ne peut actuellement être saisi d'une demande de médiation, si le différend oppose exclusivement des prestataires de soins de santé entre eux, sans s'inscrire dans le cadre d'un différend avec un patient déterminé (p. ex. une mésentente au sein d'un groupe de médecins ou d'une équipe).

Le service ouvre environ 120 dossiers de médiation et de plainte par an. Environ un tiers des dossiers concerne l'activité hospitalière avec souvent de multiple intervenants. Un autre tiers concerne l'activité médicale en cabinet de ville, en premier lieu des soins dentaires. Le dernier tiers concerne les autres domaines, dont les soins de santé dispensés en institution de long séjour, l'activité de réseaux de soins à domicile, le laboratoire, la pharmacie, la kinésithérapie etc.

Initiation de la médiation et pré-médiation

Les patients, ou dans certains cas leurs représentants¹⁵, ainsi que le prestataire peuvent s'adresser au médiateur de la santé en vue d'une médiation, soit ensemble, soit unilatéralement. Avec la prise de contact, un processus de pré-médiation débute en règle générale.

La demande de médiation provient dans la majorité des cas du patient ou de son représentant.

Le service propose dans un premier temps un entretien préalable individuel d'information au cours duquel les règles et le fonctionnement de la médiation sont expliqués. Cet entretien dans les locaux du service, ou à l'extérieur si cela est indispensable, permet d'entendre la partie, ses besoins, et d'évaluer avec elle au mieux la faisabilité et l'opportunité d'une médiation.

Parfois plusieurs entretiens sont proposés, la plupart du temps du côté du patient. Cela permet par exemple au patient d'avoir un temps de réflexion, un travail sur son dossier, voire de prioriser ses besoins.

Un entretien préalable est bien évidemment proposé à toutes les parties au différend avant d'organiser une première réunion commune en médiation. Les professionnels de santé souhaitent parfois y renoncer en raison de contraintes de temps.

Si la demande de médiation ne provient pas conjointement de toutes les parties au différend, le service contacte la partie non encore informée. Il n'est pas rare de constater lors de cette prise de contact une asymétrie par rapport au vécu de la situation, voire par

¹⁵ La loi relative aux droits et obligation précise la représentation et le statut des personnes vulnérables (tutelles, mineurs, personnes hors état de s'exprimer).

rapport à la question de l'existence d'un différend.

Si le service reçoit une plainte pour laquelle il ne semble pas y avoir eu de tentative de discuter l'objet du différend, il est le plus souvent proposé de chercher dans un premier temps à résoudre le différend sans l'aide d'un médiateur.

La médiation en santé est volontaire pour toutes les parties. Les patients et les prestataires sont libres d'accepter la médiation et ils restent maîtres de leur conflit.

La demande de médiation est la plupart du temps acceptée par les prestataires. Il n'est pas rare que la prise de contact par le médiateur engendre une priorisation, dans une relation et une situation vécue de façon asymétrique.

L'acceptation est la plupart du temps informelle. A la demande des parties ou du médiateur, un accord en vue de la médiation est signé par les médiés, en particulier lorsqu'il y a présence d'avocats ou en présence d'un dommage potentiel important.

Déroulement du processus de médiation

Médiations indirectes

La médiation est dans un nombre significatif de cas une médiation indirecte, au travers d'un échange oral avec le médiateur (souvent par téléphone) ou par des échanges écrits (courrier, mail). Cela permet dans un certain nombre de cas de résoudre le différend, avec des propositions diverses acceptées de part et d'autre au travers l'intermédiaire.

Dans notre expérience, ce type d'intervention est bien adapté à certaines situations avec peu de charge émotionnelle ou peu complexes (p. ex. si le patient a demandé en vain accès à son dossier sans autre conflit sous-jacent).

Ces interventions indirectes peuvent s'apparenter à un travail de gestion de plainte classique, avec un échange de prises de positions.

Médiations directes

Le service s'efforce de favoriser les échanges directs en réunion commune en médiation. Cela nous semble primordial, alors qu'il y a fort souvent un important besoin de

rétablir la relation humaine ou de combler un déficit communicatif.

Les réunions en médiation ont lieu au sein du service. Si les parties le souhaitent des deux côtés, les médiateurs du service se déplacent suivant les besoins, par exemple en institution de long séjour, en hôpital, voire au sein d'un cabinet médical.

Les parties à la médiation peuvent se faire accompagner en médiation par une ou plusieurs personnes de leur choix. Il s'agit la plupart du temps de proches (famille, amis ...). Les médiés peuvent aussi se faire accompagner par leur conseil juridique ou par un expert.

Le service veille à ce que toutes les parties soient informées suffisamment à l'avance des présences et rôles de chacun et les médiateurs veillent à garantir que le processus repose en priorité sur les parties

elles-mêmes et sur leurs besoins.

Les réunions communes sont généralement d'une durée d'une à deux heures. Il y a parfois besoin d'organiser par la suite une deuxième réunion commune. Il est rare d'avoir plus de deux réunions communes.

Besoin d'indemnisation et intervention d'un expert

L'indemnisation équitable d'un dommage peut faire partie des besoins légitimes du patient, lorsqu'il apparaît que la responsabilité d'un professionnel de santé est susceptible d'être engagée.

L'indemnisation de patients qui sont victimes de dommages résultant de soins de santé se fait à l'heure actuelle d'après le droit commun de la responsabilité civile devant les juridictions civiles. Il n'y a pas de fonds d'indemnisation des accidents médicaux ou autre procédure extrajudiciaire *ad hoc*.

Sauf les exceptions admises par la jurisprudence (notamment en cas infections nosocomiales et pour les actes sans aléa) l'indemnisation suppose l'existence d'une faute et d'un lien de causalité entre celle-ci et le dommage allégué. La preuve que ces conditions sont réunies peut s'avérer difficile.

Face à cette situation, la loi relative aux droits et obligations du patient¹⁶ – qui a par ailleurs introduit une obligation d'assurance pour tous les prestataires de soins de santé –



¹⁶ Art. 22 (4) de la loi relative aux droits et obligations du patient.

demande au médiateur de la santé d'informer le prestataire que l'indemnisation, ou sa promesse d'indemnisation de la personne lésée, sans l'accord de l'assureur n'est pas opposable à l'assureur. La loi prévoit aussi que l'assureur peut intervenir comme partie à la médiation.

En pratique, lorsque le prestataire en est d'accord, il y a prise de contact avec l'assureur et – si l'assureur accepte – poursuite du processus en vue d'une indemnisation éventuelle.

Il est souvent nécessaire de faire intervenir à ce stade un expert par le biais d'une expertise amiable contradictoire, soit pour déterminer s'il y a eu faute technique, soit pour se prononcer sur le dommage qui est en lien causal avec celle-ci.

À défaut d'assureur faisant l'avance des coûts d'expertise, le service du médiateur de la santé peut proposer d'avancer ces coûts lorsqu'il estime que l'expertise est utile et nécessaire à faire avancer la résolution du différend.

L'importance du rôle d'intermédiaire dans le processus d'indemnisation est variable en fonction des situations et besoins des uns et des autres. Des réunions avec le médiateur, le patient et l'assureur, avec ou sans présence du prestataire, sont parfois proposées en vue de faciliter ce volet. Dans d'autres cas, le médiateur ne fait qu'office d'interface ou d'initiateur. La médiation peut se clore avec l'accord de transmettre le dossier à l'assureur.

Cinq dossiers faisant intervenir l'assureur ont été à ce jour résolus avec une indemnisation du patient à la fin du volet indemnitaire et accompagnement par le service. Quelques dossiers de ce type sont actuellement en cours.

Accords de médiation

Un nombre important de médiations finissent sans accord de médiation formalisé.

Il est intéressant de noter à cet égard, un nombre important de « médiations d'explication » répondant à un besoin d'explication et de compréhension. Il y a alors amélioration de la relation et résolution de la tension, sans engagement matériel.

S'il y a des engagements substantiels, le service a recours à un accord de médiation sauf si les médiés souhaitent s'en dispenser et faire confiance. Les engagements pris peuvent être financiers (paiement d'une note d'honoraires, remboursement, indemnisation). Il s'agit parfois de donner des soins à moindre coût, voire sans frais (p. ex. refaire des implants dentaires) ou encore d'assister et soutenir dans la recherche d'une solution

auprès d'un autre prestataire (p. ex. recherche d'un centre spécialisé).

Un modèle d'accord de médiation, à compléter et signer par les médiés, a été établi à cette fin. Lorsqu'il y a présence d'avocats, le médiateur demande aux conseils de procéder ensemble à la formalisation des engagements pris en rédigeant le texte afférent à insérer dans le modèle d'accord¹⁷.

Bref récit de quelques cas concrets

Cas 1 : indemnisation d'un retard dans la prise en charge d'un cancer du poumon

Faits à la base du dossier :

Un patient s'était présenté aux urgences en raison d'un problème cardio-respiratoire. L'urgentiste prescrit une radiographie du thorax, un bilan sanguin ainsi qu'un électrocardiogramme. La radiographie est réalisée de suite, le rapport du médecin radiologue n'étant disponible dans le dossier médical informatisé que le lendemain. Le patient est vu dans un délai rapproché par un cardiologue au service des urgences. Ce dernier confirme une difficulté cardiaque qui ne doit pas être traitée en urgence. Rassuré, le patient rentre chez lui et poursuit son traitement cardiologique. Ce patient qui avait été atteint d'un cancer il y a quelques années, retourne quelques semaines plus tard à l'hôpital pour un contrôle biennuel chez son oncologue. Un examen de résonance magnétique de contrôle est prescrit en routine. L'examen est réalisé à un an du passage au service des urgences. On détecte une masse tumorale au niveau du poumon. Le pneumologue consulté confirme le diagnostic d'un cancer du poumon. Il se rend compte, lors de l'analyse du dossier, que le rapport du médecin radiologue (radiographie du thorax) effectué aux urgences montrait déjà la présence d'une masse suspecte. Un contrôle à six semaines avait été recommandé. Comme le patient avait déjà quitté l'hôpital lorsque le rapport est sorti, l'information avait été délaissée.

Démarche et résultats obtenus :

Le processus mis en place avec le concours actif de la gestion des plaintes de l'hôpital a permis de garantir une approche ouverte, permettant de répondre aux besoins

¹⁷ Une jurisprudence récente a reconnu le caractère contraignant d'un accord de médiation signé dans le cadre du service du médiateur de la santé qui avait formalisé un engagement de désistement d'une instance déjà intentée par le patient (Trib. Arr. Diekirch, 27 septembre 2016, no. 20591 rôle, JUDOC 100055442)

des différents acteurs. Cela a permis une expression des émotions et une explication de ce qui s'était passé. Des regrets et excuses ont été formulés et acceptés. Après analyse, la procédure interne à l'établissement a été adaptée pour éviter la reproduction d'un tel incident. Les assureurs respectifs ont été contactés par l'établissement et par les médecins impliqués. Ils ont accompagné favorablement le processus. Une indemnisation extrajudiciaire est intervenue dans des délais courts. La confiance a été sauvegardée et il y a eu maintien de la relation de soins malgré l'incident aux conséquences très lourdes pour le patient entretemps décédé.

Cas 2 : fin tragique d'une grossesse

Faits à la base du dossier :

Un couple contacte le service, après avoir récemment perdu son enfant à naître. La femme enceinte avait une première fois consulté son gynécologue en raison de la crainte d'une anomalie qui s'était révélée infondée. Elle rapporte de premières difficultés relationnelles à ce moment-là. Quelques semaines plus tard, la patiente consulte à nouveau son gynécologue car elle ne sentait plus son enfant. Ce dernier n'a pu que constater l'absence de battement du cœur. Il s'en est suivi une intervention hospitalière d'urgence de curetage, que le gynécologue était censé réaliser mais qui avait en son absence été réalisée par un confrère présent à l'hôpital. Il y a de fortes émotions et soupçon d'une prise en charge défaillante par le gynécologue habituel. Une autopsie du placenta avait été pratiquée.

Démarche et résultats obtenus

Après des entretiens préalables, une réunion commune a pu avoir lieu plusieurs semaines après le premier contact. Il y a eu un échange ouvert avec des explications réciproques. La médiation a permis d'admettre l'impuissance des uns et des autres, face à un aléa aux conséquences lourdes à porter. Après quelques jours, le couple a contacté le service avec des remerciements pour avoir permis une rencontre au niveau humain.

Constats et conclusions :

Si la posture est toujours médiative, le service du médiateur de la santé oscille dans sa pratique entre un processus de médiation et un processus qui se rapproche de la gestion des plaintes. Il y a aussi lieu de souligner que l'intervention du médiateur se fait dans le cadre d'une relation avec une forte asymétrie, tant au niveau des connaissances, qu'au

niveau de la perception et de l'importance accordée au différend.

Comme dans d'autres secteurs de la médiation, le succès du processus de médiation dépend largement de la volonté / capacité des médiés d'accepter de sortir de leur rôle, voire d'accepter à s'entendre. En l'absence de fonds d'indemnisation des accidents médicaux, le législateur a accordé au service un rôle spécifique qui lui permet d'être un catalyseur dans la mise en place d'un processus d'indemnisation. Cette particularité du processus répond de façon incomplète au besoin d'indemnisation de certains patients. Le service ne saurait suppléer l'absence d'un mécanisme d'indemnisation des aléas thérapeutiques. Le besoin de recherche d'une faute technique, qui reste actuellement un préalable à l'indemnisation par l'assureur en responsabilité professionnelle, ne se marie aussi que difficilement avec la posture médiative.

Dans sa pratique, le service se rend compte que les besoins premiers des patients sont plutôt au niveau humain et relationnel. Il s'agit souvent d'un besoin d'être entendu et reconnu dans son vécu. Cela explique probablement qu'environ 10% des dossiers peuvent être clôturés après entretien préalable mettant en œuvre des techniques d'écoute active.

Le besoin d'indemnisation n'est la plupart du temps pas la motivation primaire de demander une médiation. Au contraire, le besoin altruiste d'empêcher la reproduction d'un incident est souvent plus important que l'indemnisation pour un éventuel dommage.

Aussi, une médiation qui permet de résoudre un conflit hautement émotionnel contribue à la santé des personnes. La médiation contribue en général à rendre une situation complexe plus compréhensible, maîtrisable et significative. Elle peut ainsi permettre aux médiés de retrouver du sens¹⁸. Pouvoir organiser une rencontre au niveau humain et contribuer à redonner du sens nous semble l'un des principaux atouts de la médiation en santé par rapport à d'autres voies de résolution d'un différend.

L'intervention du législateur dans un contexte lié à la mise en œuvre des droits du patient explique que la médiation dans le secteur de la santé a avant tout été pensée comme un moyen de résolution des différends entre un patient et un prestataire de soins de

¹⁸ Concernant l'apport positif que la médiation peut avoir sur la santé et le bien-être : Conférence du 15.10.2018 à Luxembourg, „Mediation macht gesund!“ ("La médiation guérit!") du Dr Heinz Pilartz, médecin et médiateur.
<https://mediateursante.public.lu/fr/actualites/2018/semainemondiale.html>

santé, en particulier lorsqu'il y a plainte et que les soins sont contestés par le patient.

La médiation reste actuellement sous-utilisée dans la résolution des différends entre professionnels de santé. Ces situations de tension mériteraient bien plus d'attention dans l'intérêt propre des professionnels concernés, de la qualité relationnelle des professionnels amenés à collaborer au quotidien, mais aussi dans l'intérêt de la qualité et de la sécurité des soins aux patients. La médiation dans le domaine de la santé pourrait utilement être

envisagée à un stade plus précoce, en cas de situation de tension entre professionnels de santé, leur patient et, le cas échéant, les proches. Souvent la démarche n'est aujourd'hui envisagée que relativement tard, lorsque le conflit est déjà fort sclérosé.

[Notes bibliographiques](#)

[Retour sommaire](#)

État des lieux de la législation relative à la médiation en matière de santé au Québec

Par Laure Baglinière
Doctorante en cotutelle
Université de Montréal
Université Paris Descartes

Et Catherine Régis
Professeur à la Faculté de droit
Université de Montréal,
titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur la culture collaborative en droit et politiques de la santé

Introduction

En 2016, le nouveau Code de procédure civile du Québec (CPCQ)¹ a fait l'objet d'importantes modifications afin de favoriser le recours aux modes privés de prévention et de règlement des différends (PRD) incluant la médiation. Dans cette perspective, la médiation civile privée (extrajudiciaire), indépendante du tribunal, a été mise en avant par l'adoption de dispositions au sein du CPCQ. La codification des aspects essentiels du processus de médiation représente une véritable avancée pour promouvoir son essor dans divers secteurs d'activités sociales. Jusqu'alors, le Québec avait activement favorisé l'essor de la médiation familiale. Mais qu'en est-il de son application au secteur de la santé ?

Dans cet article, l'application de la médiation au secteur de la santé est analysée à l'aide d'un état des lieux critique de la législation applicable à la médiation dans ce secteur au Québec, hors processus judiciaire, en présentant : les dispositions relatives à la médiation civile (I), les dispositions régissant le régime d'examen des plaintes du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) car ce dernier possède un réel potentiel pour l'intégration de la médiation en santé (II).

I – La médiation civile applicable au domaine de la santé

A ce jour, la médiation civile privée (indépendante du tribunal) constitue le seul encadrement juridique à minima de la médiation en santé au Québec. En effet, la médiation n'a pas été considérée dans le cadre de dispositions spécifiques en santé. Il n'y a donc pas d'instances spécifiques missionnées en médiation de la santé comme en Belgique avec les services de médiation « Droits du patient » ou encore en France avec les médiateurs des commissions des usagers (CDU). Cependant, les dispositions juridiques régissant la médiation civile, même non adaptées au secteur de la santé, présentent un certain nombre d'avantages pour le développement futur de la médiation.

Le processus de médiation

La médiation est décrite dans le CPCQ à l'article 1 comme un processus volontaire ayant pour but de prévenir un différend à naître ou de résoudre un différend déjà né. Introduites à titre supplétif, les dispositions relatives à la médiation privée des articles 605 à 615 du CPCQ ont pour but d'encadrer les aspects essentiels de son processus. Elles doivent être interprétées à la lumière des articles 1 à 7 du CPCQ. De telles dispositions

¹ Loi instituant le nouveau Code de procédure civile, LRQ, c. C-2501 [Loi n°28]; Code de procédure civile du Québec, LRQ, c. C-2501 [CPCQ].

permettent de valoriser la médiation en tant qu'outil de règlement des conflits en offrant un réel cadre juridique et des principes qui incitent les parties à considérer le recours à la médiation comme préalable à tout recours judiciaire (art. 1) et encadrent les conséquences d'un tel recours (art. 2 à 7).

En adoptant de telles dispositions, le législateur souhaitait insuffler un changement de culture² ayant des conséquences sur les pratiques des acteurs de la médiation³. Ainsi, l'article premier tente de sensibiliser les acteurs (justiciables et juristes) au recours à la médiation. D'une part, il permet aux justiciables, avec l'assistance possible de leur avocat, de connaître l'existence de la médiation et de choisir ce mode de règlement des différends s'il est adapté à leurs besoins, intérêts et moyens. D'autre part, il invite les juristes à considérer le recours à la médiation. En effet, l'absence de sensibilisation⁴ – voire de formation – de ces derniers, en particulier les avocats, à l'utilisation des techniques extrajudiciaires de PRD incluant la médiation, ne permet pas toujours aux parties d'être bien orientées dans leur choix à recourir à ces modes pour régler leurs différends.

Toutefois, la non-spécificité de ces dispositions au secteur de la santé peut mener à l'absence de visibilité du processus de médiation en santé puisqu'il peut être plus difficile de promouvoir le mécanisme dans ce champ spécifique dans le cadre d'une loi générale et d'en faire la publicité.

Les droits et devoirs des parties

Les articles 3 et 605 du CPCQ précisent que les parties peuvent choisir le médiateur de concert ou demander à un tiers de le désigner. Tout au long du processus de médiation, elles doivent agir de bonne foi, faire preuve de transparence réciproque et coopérer à la recherche d'une solution voire à l'élaboration d'un protocole préjudiciaire en vertu de l'article 2 du CPCQ. Elles peuvent se faire accompagner de personnes dont la contribution peut se révéler utile au règlement du différend et doivent assumer le partage des coûts de la procédure de médiation. De plus, le principe de proportionnalité impose d'adapter

les démarches entreprises aux enjeux à débattre⁵.

Les parties doivent préserver la confidentialité de tout « ce qui s'est dit, écrit ou fait » au cours du processus de médiation (CPCQ, art.4). De plus, tout ce qui a été dit ou porté à la connaissance des personnes qui participent au processus de médiation ou tout document préparé ou obtenu au cours du processus ne peut être utilisé par les parties devant les tribunaux⁶, sauf exceptions liées à des questions d'ordre public. L'information protégée par le processus fait d'ailleurs l'objet d'une restriction puisque nul n'a le droit d'obtenir un document contenu dans le dossier de médiation. La participation au processus de médiation n'entraîne pas la renonciation des parties au droit d'agir en justice précise l'article 7 du CPCQ. De plus, la médiation n'interrompt pas la prescription. Enfin, en tout temps, l'article 614 alinéa 1 du CPCQ permet à une partie, selon sa seule appréciation et sans être tenue de dévoiler ses motifs, de se retirer du processus ou y mettre fin.

Les rôle et devoirs du médiateur

L'article 605 du CPCQ définit le rôle du médiateur. Ce dernier est chargé d'aider les parties « à dialoguer, à clarifier leurs points de vue, à cerner leur différend, à identifier leurs besoins et leurs intérêts, à explorer des solutions et à parvenir, s'il y a lieu, à une entente mutuellement satisfaisante. » Les parties peuvent également charger le médiateur d'élaborer avec elles une proposition pour prévenir ou régler le différend. Cet article permet donc au médiateur de se référer à un cadre juridique comportant des devoirs et obligations et peut contribuer à uniformiser les pratiques de médiation, incluant le secteur de la santé (en responsabilité civile médicale par exemple).

Le médiateur n'est pas toujours un professionnel accrédité. Or, en vertu de l'article 606 du CPCQ, l'accréditation de même que l'assujettissement à des règles déontologiques et la garantie de sa responsabilité civile sont nécessaires pour invoquer le privilège de non-contrainabilité. Ce privilège empêche de contraindre le médiateur de dévoiler, dans n'importe quelle procédure, ce dont il a eu connaissance lors de la médiation. De plus, sauf exceptions, ce privilège lui permet de ne pas être tenu de produire un document préparé ou obtenu au cours de ce processus.

² Ce changement de culture renvoie à plusieurs Mémoires déposés lors du mandat « Consultations particulières sur le projet de loi n° 28 ».

³ Institut de médiation et d'arbitrage du Québec, « Mémoire sur le projet de loi 28 instituant le nouveau Code de procédure civile », 2013, p 8.

⁴ Mirimanoff J., « Dans le cadre des Lignes Directrices CEPEJ (2007) n° 14, Rapport sur la pratique des avocats et sur celle des notaires en relation avec la médiation », A l'attention du groupe de travail sur la médiation de la Commission Européenne pour l'Efficacité de la Justice (CEPEJ), Genève, 2018, p. 9.

⁵ Commentaires de la ministre de la Justice sur l'article 2 alinéa 2 du CPCQ.

⁶ Articles 4 et 606 du CPCQ ; Commentaires de la ministre de la Justice sur l'article 4 du CPCQ.

⁷ Article 607 du CPCQ; Commentaires de la ministre de la justice sur l'article 607 du CPCQ.

Enfin, aucune information ou déclaration donnée ou faite dans le cours du processus ne peut être utilisée en preuve.

Ainsi, le médiateur n'a aucune obligation de suivre une formation réglementée, de détenir une expertise particulière ou une assurance en responsabilité civile. Cette absence de formation et cette extériorité peuvent constituer un frein à l'utilisation du mécanisme de médiation. Par exemple, en santé, les compétences du médiateur peuvent être essentielles à la réussite de la médiation : (i) pour garantir la crédibilité et faciliter la collaboration des acteurs impliqués (notamment les médecins) parfois réticents à ce type de processus ou (ii) proposer des changements au sein du RSSS en matière d'amélioration de la qualité des soins et veiller notamment à ce qu'un incident ne se reproduise pas.

Le médiateur en tant que garant du bon déroulement du processus, est soumis à un certain nombre de devoirs dont le but essentiel est de protéger les intérêts de chacune des parties impliquées.

Tout d'abord, l'article 609 du CPCQ impose à ce dernier l'obligation d'informer les parties sur son rôle et ses devoirs et de préciser avec elles les règles applicables à la médiation et la durée du processus. Il doit s'assurer que les parties aient précisé leurs engagements et attentes. Il doit aussi s'engager, en vertu de l'article 4 du CPCQ, à préserver la confidentialité de ce qui est dit, écrit ou fait au cours de la médiation. Il doit enfin assurer une bonne communication entre toutes les parties et notamment veiller à ce qu'en cas d'entente, elle soit bien comprise (CPCQ, art. 611 et 613 alinéa 2).

Ensuite, tout au long du processus, le médiateur doit agir d'une manière impartiale (CPCQ, art. 3 et 605) et traiter les parties de manière équitable en veillant à ce que chacune d'elles puisse faire valoir son point de vue (CPCQ, art. 610 alinéa 2). L'article 605 du CPCQ lui impose donc de protéger la partie présumée désavantagée et de dénoncer tout conflit d'intérêts ou toute situation qui pourrait mettre en doute son impartialité. Outre l'exigence d'impartialité, l'article 3 du CPCQ précise que le médiateur doit agir avec diligence et selon les exigences de la bonne foi. Enfin, le médiateur peut en tout temps suspendre la médiation si cette suspension est dans l'intérêt des parties (CPCQ, art. 610 alinéa 2) ou y mettre fin si, à son avis, les circonstances le justifient (CPCQ, art. 614).

Le médiateur a donc un rôle actif puisqu'en vertu de l'article 610 du CPCQ, il doit notamment s'assurer de l'absence de

déséquilibre ou de rapports de force de nature à empêcher que chacune des parties ne puissent s'exprimer librement. En ce sens, considérant l'asymétrie des rapports souvent caractéristique de la relation de soin⁸, ces dispositions peuvent s'avérer pertinentes en santé afin de protéger le patient qui peut être vulnérable.

En santé, pour l'heure, l'utilisation d'un autre outil extrajudiciaire de règlement des différends est privilégiée : le protocole d'entente préjudiciaire. Ce protocole permet la recherche et l'analyse des faits sous-jacents à la demande et, souvent, de résoudre les conflits en dehors des tribunaux⁹. Ce protocole s'inscrit dans une stratégie visant à diminuer le contentieux médical et à compenser les demandeurs. En 2011, il avait déjà été utilisé dans près d'une centaine de dossiers¹⁰. Cependant, il ne doit pas être confondu avec la médiation. Il ne fait pas intervenir de tiers et est envisagé par l'article 2 du CPCQ comme une issue possible au règlement du différend. Il s'agit surtout d'un moyen pour les parties de déposer la preuve recueillie lors du protocole au tribunal, d'éviter le chevauchement des procédures et de réduire les coûts du processus judiciaire¹¹.

Ainsi, les dispositions juridiques du CPCQ restent intéressantes et peuvent donner une impulsion significative à la mise en place d'un mécanisme de médiation dédié au système de santé, dans le cadre du Régime d'examen des plaintes du RSSS.

II – Le régime d'examen des plaintes

Dans le secteur de la santé, le législateur a mis en place en 1991 un régime particulier à l'égard des plaintes des usagers en établissement de santé dans le cadre de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)¹² : le Régime d'examen des plaintes (le Régime) du RSSS. Il permet à tout usager insatisfait des services reçus de formuler une plainte.

Le Régime est un mécanisme amiable de règlement des conflits. Il ne peut cependant être qualifié de mécanisme de médiation *stricto sensu* puisqu'il n'en présente pas toutes les caractéristiques essentielles notamment en termes d'indépendance, d'objectifs ou

8 Ordre des infirmiers et infirmières d'Ontario (OIIO), « La relation thérapeutique », coll Norme d'exercice, 2006, p. 4.

9 Association canadienne de protection médicale (ACPM), « Mémoire sur l'Avant-projet de loi instituant le nouveau Code de procédure civile présenté à la Commission des institutions », 2011, p. 6.

10 Ibidem, p. 3.

11 Ibidem, p. 6.

12 Loi sur les services de santé et les services sociaux, LRQ C-42 [LSSSS], articles 29 à 76.14.

d'incitation au dialogue entre les parties impliquées dans le différend. La médiation n'a donc pas été privilégiée par le législateur québécois alors même que plusieurs pays ont adopté ce mécanisme dans la gestion des plaintes en établissement de santé¹³.

Deux circuits de plainte distincts ont été mis en place : celui des Commissaires aux plaintes et à la qualité des services (CPQS) lorsque la plainte concerne les services d'un établissement public¹⁴, et celui des médecins examinateurs (ME) si la plainte porte sur un acte médical, dentaire ou pharmaceutique¹⁵.

Deux paliers composent le Régime permettant à l'utilisateur insatisfait d'avoir un nouvel examen de son dossier¹⁶. Soit l'utilisateur insatisfait des conclusions rendues par le CPQS (LSSSS, art. 40) peut s'adresser au Protecteur du citoyen (PC) afin d'obtenir un réexamen de son dossier, soit l'utilisateur insatisfait de la décision rendue par un ME peut solliciter un réexamen de sa plainte auprès d'un comité de révision (LSSSS, art. 51 à 57) mis en place dans l'établissement où la plainte a été déposée.

Avant de présenter les deux circuits de plainte, il est utile de préciser que les parties impliquées dans la plainte bénéficient de garanties procédurales.

Tout d'abord, il leur est permis de présenter leurs observations en vertu de l'article 34 8° de la LSSSS. De plus, lorsque la plainte concerne un professionnel de la santé, l'article 47 alinéa 1 de la LSSSS impose au ME la transmission d'une copie de la plainte au professionnel.

Ensuite, l'article 76.2 de la LSSSS précise que les réponses ou déclarations faites et les documents produits de bonne foi par une personne en réponse aux CPQS et au ME dans le cadre de l'examen d'une plainte, ne peuvent être utilisés et ne sont pas recevables

à titre de preuve contre cette personne, notamment à titre d'aveu extrajudiciaire.

En outre, aucun élément lié au contenu du dossier de plainte d'un usager incluant les conclusions motivées et, le cas échéant, les recommandations ne peut constituer une déclaration, une reconnaissance ou un aveu extrajudiciaire d'une quelconque faute de nature à engager la responsabilité civile d'une partie devant une instance judiciaire (LSSSS, art. 76.5). En contrepartie, nul ne peut exercer ou tenter d'exercer des représailles, de quelque nature que ce soit, à l'égard de toute personne qui formule ou entend formuler une plainte (LSSSS, art. 73) et aucune action civile

ne peut être intentée en raison ou en conséquence d'une plainte formulée de bonne foi quelles que soient les conclusions rendues (LSSSS, art. 74).

Enfin, les instances de traitement

des plaintes doivent prêter serment en vertu de l'article 76.3 de la LSSSS. Elles déclarent ainsi remplir leurs fonctions avec honnêteté, impartialité et justice et ne révéler, sauf autorisation de la loi, aucun renseignement confidentiel dont elles auraient eu connaissance dans l'exercice de leurs fonctions.

Le circuit des plaintes relatives aux services d'un établissement public

Lorsque la plainte concerne les services d'un établissement public, elle relève du CPQS qui a le mandat de traiter la plainte avec diligence et de fournir une réponse motivée au plaignant dans un délai de 45 jours (LSSSS, art. 33 4° et 33 6°). Il doit également prêter assistance à l'utilisateur ou s'assurer qu'on lui prête assistance pour toute démarche relative à sa plainte. L'article 33 5° exclut les questions d'ordres disciplinaires de son champ de compétence. Le CPQS joue un rôle de pivot dans le Régime car il est le garant et le responsable envers le conseil d'administration (CA) de son bon fonctionnement. Il est, d'une part, l'instance par laquelle transite l'ensemble des plaintes en transférant au ME celles relevant de sa compétence (LSSSS, art. 34 5°). D'autre part, en vertu de l'article 76.10 de



13 Par exemple, l'Australie, la Nouvelle-Zélande, l'Angleterre et la France utilisent la médiation pour gérer les plaintes en établissement de santé. Pour plus de détails, voir notamment les articles L-1112- 3 et suivants du Code de la santé publique français et National Health Service (NHS), « Guide 12 - A bite-size guide to : Mediation between patients, carers and the NHS », 2016.

14 LSSSS, supra note 12, articles 29 à 40.

15 Ibidem, articles 41 à 50.

16 Loi sur le Protecteur du citoyen, LRQ, c P-32 [LPC]; Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux, LRQ, c P-311 [LPU].

la LSSSS, c'est lui qui effectue la reddition de comptes sur l'application de la procédure du Régime auprès du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). Enfin, il assure la promotion du Régime afin d'en améliorer la connaissance auprès des usagers et professionnels de la santé (LSSSS, art. 33 2°).

Afin de préserver son indépendance, le CPQS est nommé par le CA de chaque établissement de santé. Il peut déléguer ses fonctions à des commissaires adjoints aux plaintes et à la qualité des services (CLAPQS) qui agissent sous son autorité (LSSSS, art. 30) et bénéficient des mêmes pouvoirs et immunités que ce dernier. Depuis 2017¹⁷, des membres du personnel de l'établissement peuvent également agir sous l'autorité des CPQS et CLAPQS et ont aussi les mêmes protections octroyées par les articles 76.2 et 76.4 de la LSSSS. Cette modification de la structure organisationnelle des commissariats aux plaintes et à la qualité des services permet aux CPQS et CLAPQS de constituer une équipe de professionnels pour réaliser des tâches de soutien et la préparation des dossiers (cueillette, compilation et analyse des plaintes, recommandations sur les décisions à prendre¹⁸). Cette modification de la LSSSS rend la tâche de préserver l'indépendance des CPQS du CA plus ardue. Il doit donc s'assurer que les CPQS exercent exclusivement leurs fonctions sans cumul de mandats (LSSSS, art. 76.2, 35 et 36) et que l'équipe de professionnels impliqués n'exerce aucune autre fonction au sein de l'établissement (LSSSS, art. 31 alinéa 2).

Le CPQS dispose d'immunités et de pouvoirs dans l'exercice de ses fonctions. Ces derniers doivent lui permettre de favoriser la collaboration et l'adhésion des acteurs au processus de plainte. Les articles 75 et 76.4 LSSSS précisent que le CPQS ne peut être poursuivi en justice en raison d'omissions ou d'actes accomplis de bonne foi de même qu'il ne peut être contraint à témoigner sur un renseignement confidentiel ni de produire un document contenant un tel renseignement devant une instance judiciaire ou un organisme exerçant des fonctions juridictionnelles.

Le CPQS est investi de pouvoirs d'enquête et de recommandation.

Concernant son pouvoir d'enquête, il peut solliciter de la part de tout membre du personnel la communication de tout document,

17 Loi modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et de services sociaux, LQ, c 21 [Loi n° 130].

18 Protecteur du citoyen, « Rapport annuel d'activités 2016-2017 », coll Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2017, p. 129.

information et renseignement nécessaires à sa mission incluant celles du dossier de l'utilisateur (LSSSS, art. 36). Il peut aussi consulter toute personne susceptible de lui fournir des informations utiles ainsi qu'un expert externe à l'établissement pouvant donner un avis sur le dossier (LSSSS, art 32). Afin de faciliter sa tâche, la LSSSS prévoit que toute omission ou refus de fournir les informations, rapports ou autres documents exigés par ce dernier constitue une infraction passible de sanctions pénales (LSSSS, art. 531 et 532).

En pratique, ces pouvoirs ne sont pas absolus puisque certains documents demeurent confidentiels notamment ceux ayant trait à la surveillance de l'exercice de certains professionnels (LSSSS, art. 190) et les dossiers et procès-verbaux du CMDP et de chacun de ses comités (LSSSS, art. 218).

A la suite de l'examen de la plainte, le CPQS peut assortir ses conclusions de recommandations non coercitives. D'ailleurs, cette absence de force contraignante expliquerait en partie la capacité limitée du CPQS à imposer des changements de pratiques au sein des établissements de santé¹⁹ même si ce choix peut se justifier sur le plan des politiques publiques²⁰. Le suivi des recommandations du CPQS est assuré par le comité de vigilance et de la qualité (CVQ) de chaque établissement (LSSSS, art 181.0.3).

Son pouvoir de recommandation lui permet de proposer des mesures correctives à portée individuelle ou systémique (LSSSS, art 33 6° et 47 alinéa 4). La mesure à portée individuelle ne vise qu'à régler une situation particulière²¹. La mesure d'ordre systémique vise à prévenir la répétition d'une situation ou à améliorer la qualité des services dans une dimension collective²².

Il ressort des rapports annuels que le CPQS peut proposer une médiation dans le cadre des mesures à portée individuelle. Cette proposition de médiation est regroupée parmi d'autres mesures : conciliation, intercession, liaison, précision. Si cela peut démontrer *a priori* la pertinence de recourir à la médiation dans le traitement des plaintes des usagers, cela ne gage en rien du succès d'un tel mécanisme puisqu'aucune donnée ne permet

19 Baglinière L. et Régis C., « Le Régime d'examen des plaintes des patients au Québec : un outil efficace pour assurer le suivi des réformes du système de santé? », (2018), 18 Journal de Droit de la Santé et Assurance Maladie (JDSAM), p. 118.

20 Régis C., « The accountability challenge in health care: the contribution of health ombudsman », (2014), 4:1 Journal of Arbitration and Mediation, p.87.

21 MSSS, Direction de la qualité et Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité, « Cadre normatif pour le système d'information sur la gestion des plaintes et l'amélioration de la qualité (SIGPAQS) », janvier 2013, sect 3- 30. 22 Ibidem.

d'identifier la méthode employée par les CPQS pour mener à bien ce processus.

Cette imprécision de méthode va dans le sens de ce qui a déjà constaté en 2013²³ et réaffirmé dans une étude réalisée en 2015²⁴. Alors que le « quoi » du Régime semble bien déterminé par la LSSSS, le « comment » du régime, notamment en ce qui concerne les méthodes que devraient adopter les CPQS, présente des contours plus incertains²⁵. En ce sens, le cadre juridique ne favorise pas le recours à la médiation par le CPQS pour le traitement individuel de la plainte. Par ailleurs, l'usager qui porte plainte n'est pas en mesure de connaître l'existence d'un tel mécanisme ni de s'en saisir.

En cas d'insatisfaction liée aux conclusions rendues par le CPQS, l'usager peut saisir le Protecteur du citoyen (PC) pour obtenir un réexamen de son dossier. Le PC est un « ombudsman » impartial et indépendant du RSSS. En vertu de l'article 10 6° LPU, le PC doit fournir une réponse motivée au plaignant « sans retard ». Il est investi de pouvoirs d'enquêtes²⁶ et de recommandations (LPU, art 10 6° et 15) similaires au CPQS. Il peut toutefois exercer une pression supplémentaire sur l'établissement en l'absence de mesure corrective appropriée en avisant le gouvernement ou en rendant le cas public (LPU, art. 16).

Sans qu'aucune disposition de la *Loi sur le Protecteur du citoyen* ne vienne en préciser les contours et la mise en œuvre, le PC utilise également la médiation lors de ce recours en révision. Quant aux précisions sur ce que l'on entend par médiation, le rapport annuel précise uniquement que la médiation regroupe les cas où le PC « propose une solution de conciliation au terme d'une enquête »²⁷.

Le circuit des plaintes relatives à un acte médical, dentaire ou pharmaceutique

Lorsque la plainte concerne un acte médical, dentaire ou pharmaceutique, elle relève de la compétence exclusive du ME²⁸. L'auteur de la plainte peut être un usager ou toute autre personne tel un médecin ou un

personnel de l'établissement (LSSSS, art. 44 alinéa 1). Le ME a le mandat d'orienter de façon préliminaire la plainte. Il peut décider de l'examiner, de l'acheminer au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) pour étude à des fins disciplinaires ou de la rejeter (LSSSS, art. 46).

L'article 47 alinéa 4 de la LSSSS précise que si le ME décide d'examiner la plainte, il doit donner une réponse motivée au plaignant dans un délai de 45 jours. De plus, le ME doit tenter une « conciliation des intérêts en cause » ouvrant ici la porte de manière plus directe à la voie de la médiation. Cependant, les plaintes susceptibles de recouvrir un caractère disciplinaire échappent à cette tentative de « conciliation d'intérêt ».

Le ME est désigné par le CA sur recommandation du CMDP. Contrairement au CPQS, l'article 42 de la LSSSS lui permet d'avoir d'autres activités professionnelles y compris au sein de l'établissement. Toutefois, le CA doit s'assurer, pour préserver l'indépendance du ME, que ses autres fonctions ne le placent pas dans une situation de conflits d'intérêts (LSSSS, art 43). En pratique, le cumul d'activités peut parfois engendrer des situations où l'indépendance des ME se trouve menacée (mise en cause d'un collègue proche²⁹). Cette situation a d'ailleurs conduit à proposer à ce que le ME exerce ses fonctions en dehors du RSSS afin d'améliorer la confiance des usagers³⁰.

Le ME dispose des mêmes immunités et pouvoirs que le CPQS (enquête et recommandation)³¹. Il peut également consulter le dossier professionnel d'un membre du CMDP (LSSSS, art 47 alinéa 4). Comme pour le CPQS, toute omission ou refus de fournir les informations, rapports ou autres documents exigés par le ME constitue une infraction passible de sanctions pénales (LSSSS, art 531 et 532).

Le pouvoir de recommandation du ME lui permet de joindre des mesures correctives à ses conclusions suite à l'examen de la plainte (LSSSS, art 47 alinéa 4). Ces dernières, ou, s'il y a lieu celles du comité de révision, sont versées au dossier du professionnel visé par la plainte (LSSSS, art 76.8 alinéa 3).

L'exercice de ces pouvoirs se heurte cependant à des obstacles. D'une part, ses pouvoirs de contrainte sont limités et il doit plutôt chercher à susciter la collaboration des

23 Régis C. et Roberge J-F, « Repenser le régime de plaintes dans le système de santé au Québec à la lumière d'une philosophie de médiation », (2013), 50 Rev Droit Santé, p. 219.

24 Baglinière et Régis, supra note 19, p. 118.

25 Régis et Roberge, supra note 23, p. 219; Baglinière et Régis, supra note 19, p. 118.

26 Articles 9 et 14 de la LPU; Loi sur les commissions d'enquête, LRQ, c C-37.

27 Protecteur du citoyen, « Rapport annuel d'activités 2017-2018, 2018 », p. 62.

28 Article 45 alinéa 3 de la LSSSS. Toutefois, la plainte sera examinée par le CPQS avec la collaboration du ME lorsqu'elle porte sur des problèmes organisationnels impliquant des services médicaux, dentaires ou pharmaceutiques.

29 Commissaire à la santé et au bien-être, « Informer des droits et sensibiliser aux responsabilités en matière de santé, Consultation et analyse, Synthèse et recommandations », 2010, p. 88.

30 Ibidem, p. 89.

31 LSSSS, supra note 12, articles 36 et 47 alinéa 3 et 4.

intéressés déjà accaparés par leur tâche³². D'ailleurs, cette collaboration serait rendue d'autant plus difficile en raison de l'existence de difficultés de collaboration entre le ME et les acteurs impliqués dans la plainte, suggestion faite dans une étude sur les rapports du Régime réalisée en 2015³³. Une des raisons liées à ces difficultés pourrait être une attitude défensive des médecins lors du dépôt d'une plainte³⁴. Cette attitude défensive peut s'expliquer par les conséquences néfastes de la plainte à l'égard du professionnel visé puisque le rapport du ME (voire celui du comité de révision), sans constituer une mesure disciplinaire, est versé au dossier du professionnel (LSSSS, art 76.8 alinéa 3). D'autre part, le ME peut se voir opposer la confidentialité des dossiers constitués par les chefs de département clinique en vertu des dispositions combinées des articles 36 et 190 de LSSSS. Une telle limite est assouplie par le droit du ME de prendre connaissance du dossier professionnel lorsque les informations qu'il contient sont nécessaires à l'exercice de ses fonctions (LSSSS, art 218 alinéa 2).

L'usager insatisfait des conclusions rendues par le ME peut saisir le comité de révision de l'établissement dans lequel la plainte a été déposée pour obtenir un second avis. Le comité de révision est composé de trois membres nommés par le conseil d'administration, dont deux sont médecins. Le président du comité de révision est un membre du conseil d'administration qui n'est pas à l'emploi de cette instance ou qui n'y exerce pas sa profession (LSSSS, art 51 alinéa 3). Ce dernier a 60 jours pour transmettre par écrit son avis motivé à l'usager, au professionnel visé, au ME et au CPQS.

Ce comité ne traite pas la plainte. Il prend connaissance de l'ensemble du dossier de plainte de l'usager et permet aux parties de faire connaître leurs observations. En vertu de l'article 52 de la LSSSS, il s'assure que l'examen de la plainte a été effectué de façon appropriée, diligemment et avec équité, et que les motifs retenus dans les conclusions du ME se fondent sur le respect des droits et des normes professionnelles. Au terme de sa révision, il doit conclure à l'une des options suivantes prévues à l'article 52 2° de la LSSSS : *i*) confirmer les conclusions du ME *ii*) requérir un complément d'examen de la part du ME, *iii*) acheminer copie de la plainte et du dossier vers l'autorité compétente pour son

étude à des fins disciplinaires et *iv*) recommander au ME ou, s'il y a lieu, aux parties elles-mêmes, toute mesure de nature à les réconcilier.

Ainsi, on constate que dans le cadre de ce processus de révision, le recours à une mesure de nature à réconcilier les parties, laquelle pourrait inclure une possibilité de médiation, intervient trop tardivement dans la procédure.

Conclusion

Au sein du Régime, la possibilité d'instaurer un mécanisme amiable de règlement des conflits comme la médiation est importante.

En effet, de par son terreau fertile, le cadre juridique de ce dernier confère aux instances de traitement des plaintes certaines garanties similaires à celles régissant la médiation civile du CPCQ : la confidentialité du processus, les garanties et gages d'indépendance renforcées ou les immunités dont bénéficient ces dernières. De plus, il existe à l'article 73 de la LSSSS des dispositions spéciales visant à protéger l'usager désireux de porter plainte contre d'éventuelles représailles.

Néanmoins, le panel d'outils offerts par la LSSSS aux instances du Régime (CPQS et ME) pour assurer le traitement individuel des plaintes des usagers n'inclut pas pour l'instant de mission de médiation. Seule la fonction de ME ouvre la porte à la voie de la médiation puisque l'article 47 de la LSSSS précise que ce dernier doit tenter d'effectuer une conciliation des intérêts en cause. Toutefois, le cadre légal actuel du Régime ne permet pas de suggérer aux instances incluant le ME l'utilisation systématique de la médiation tant sur le plan terminologique que méthodologique³⁵. De fait, elles peuvent décider de recourir à d'autres modes extrajudiciaires de PRD excluant la médiation³⁶.

En ce sens, le cadre juridique de la médiation civile du CPCQ pourrait servir de base pour donner une impulsion significative à la mise en place d'un mécanisme de médiation au sein du Régime en intégrant les valeurs et garanties promues par les dispositions du CPCQ.

[Retour sommaire](#)

³² Liu c. Comité de discipline du Centre de santé et de services sociaux Haut-Richelieu—Rouville, 2014 QCCA 1613 (CanLII), par. 32.

³³ Baglinière et Régis, supra note 19.

³⁴ Ibidem, p. 119.

³⁵ Laude A. et Régis C., « La médiation dans le secteur de la santé : regards croisés France-Québec » dans Paola Checci Dimeglio et Béatrice Brenneuer, Manuel interdisciplinaire des modes amiables de résolution des conflits / Interdisciplinary Handbook of Dispute Resolution, coll Prévenir, négocier, résoudre, Larcier, 2015, p. 884.

³⁶ Ibidem.

POINT DE VUE

15 ANS DE MÉDIATION SANTÉ

dans le canton de Vaud (SUISSE)

Par Nadia GAILLET
médiatrice (Bureau des médiations du canton de Vaud)

Cadre légal

Le gouvernement du canton de Vaud a reconnu, en 2002, de nouveaux droits à l'ensemble des bénéficiaires de soins. Dans le canton de Vaud, ces droits sont définis dans la loi du 29 mai 1985 sur la santé publique (LSP). Ces droits s'appliquent aussi bien au service public qu'au service privé. Dès lors, toutes les structures sanitaires sont concernées quelle que soit leur taille. Les droits sont les suivants : droit de choisir le professionnel de la santé et l'établissement de soin ; droit à l'information, droit à l'accès à son dossier médical, droit au respect du secret professionnel ; droit au consentement libre et éclairé, droit d'être accompagné, droit de rédiger des directives anticipées, interdiction de mesures de contraintes physiques.

Le canton a créé des organes de recours pour le cas où ces droits ne seraient pas observés par les professionnels de la santé, dont le Bureau cantonal de médiation Santé et Social (BCMSS) qui a été ouvert ses portes en 2004.

Les activités du BCMSS s'articulent autour de deux axes principaux :

Le BCMSS est compétent pour traiter de toute plainte en relation avec une violation des droits des patients, résidents ou usagers consacrés par la LSP ou relative à la prise en charge par les professionnels de la santé, ceux du domaine socio-éducatif, ainsi que par les établissements et institutions sanitaires ou socio-éducatifs, touchant aux violations des droits des patients. Le BCMSS ne peut examiner les plaintes qui font l'objet de procédures séparées et qui concernent, notamment, les questions financières ou les réclamations en dommages et intérêts.

Le BCMSS informe et organise la promotion des droits des patients, des résidents. Cette information est gratuite et se fait sur demandes des personnes susmentionnées ou à l'initiative du médiateur.

Organisation du BCMSS

Les médiateurs du BCMSS sont engagés par contrat de durée indéterminée et soumis à la Loi du personnel de l'Etat de Vaud. Il s'agit d'un rattachement administratif, et les médiateurs exercent leur fonction en totale indépendance, principe qui est également inscrit dans la loi. Les médiateurs exercent leur fonction en totale indépendance vis-à-vis des parties en présence, sur le plan affectif, financier, hiérarchique et politique. Ils ne reçoivent pas d'ordres des autorités sanitaires et sociales, ni des dirigeants politiques, ni de groupes extérieurs qui pourraient influencer le cours de la médiation et protéger l'une des parties. Ils sont au bénéfice d'une formation universitaire, et ont, en complément une formation en médiation type CAS ou DAS. Attachant de l'importance à la formation continue, les médiateurs participent à des séances de supervision, mensuelle et à de la formation continue pour développer leur connaissance.

Les locaux du BCMSS se situent au centre-ville de Lausanne, en dehors des bâtiments étatiques et est facilement accessible au public qui souhaite utiliser ses services. Une permanence téléphonique est assurée 3 matinées par semaine. Une première analyse et tri s'exercent à ce stade. Les usagers sont ensuite reçus sur rendez-vous si leur problème relève de la médiation.

Avantages du dispositif

Le gouvernement vaudois a souhaité créer un espace de dialogue, dans lequel le conflit, les désaccords peuvent être nommés. La médiation est un lieu de questionnement et de réflexion qui permet l'ouverture d'une nouvelle page empreinte de partenariat dans la vie des personnes soignées et des professionnels de la santé.

Si dans un premier temps, le souhait du gouvernement était de permettre aux patients de se plaindre, aujourd'hui, les professionnels

de la santé sollicitent le BCMSS lorsqu'ils se sentent dans une impasse relationnelle avec les patients et/ou leur famille.

Un impact positif de notre dispositif c'est l'accessibilité à tout un chacun de faire appel à nos services car ils sont gratuits.

Critiques du dispositif

Le champ de compétence du BCMSS concerne une violation des droits des patients. Les médiateurs sont régulièrement sollicités par des patients alléguant des violations des règles de l'art médical ou en raison de contestations de la facturation de médecins-dentistes. Le BCMSS ne peut pas entrer en matière suivant dans ce sens ce que la loi dit. Il serait utile de retravailler les droits des patients et rendre explicites certains droits, comme celui d'une prise en charge répondant aux règles de l'art.

Conclusion

Tout au long de ces 15 années, nous avons observé à quel point le besoin de reconnaissance et d'écoute, plus particulièrement chez les personnes demandeuses, était important. Dans ce sens, nous avons pu constater tous les bienfaits et les potentialités d'un espace d'écoute et d'échanges. En complément de cette offre, nous avons commencé à déployer de plus en plus, de la médiation préventive, à savoir des activités de conseils et d'accompagnement, plus particulièrement avec des établissements en proie à des difficultés relationnelles avec les résidents et leurs proches.

[Retour sommaire](#)

LA MÉDIATION POSSIBLE DE L'HÔPITAL... AUX DOMICILES

Par Françoise HOUSTY
médiatrice

La loi du 04 mars 2002 sur le droit des patients et des usagers qui institutionnalise la présence du médiateur médical au sein des établissements de soin et de santé, sous un format de médiateur maison, repose ainsi sur un vaste programme de démocratie sanitaire afin d'accompagner les protocoles d'amélioration de la qualité des soins et des services.

La démocratie sanitaire est une démarche qui vise à associer l'ensemble des acteurs du système de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé, dans un esprit de dialogue et de concertation, En plaçant ainsi le malade au centre du système de santé, il est donc en droit de demander si ce n'est d'exiger la cohérence des décisions et des actions qui le concernent, à travers un travail d'équipe qui le met au centre de toutes les préoccupations et des organisations du système. Se multiplient les intervenants et parties prenantes, dans lesquelles il convient désormais de tenir la famille du patient, ce qui engendre des tensions, d'une part, entre tous les intervenants et d'autre part, entre le malade/famille et ces intervenants.

La Médiation lato sensu peut répondre aux besoins de fluidité, d'apaisement et de gestion des conflits dans un cadre plus élargi que celui de la CRUCQ. Le terreau de la Médiation est constitué de l'autonomie et l'auto-

détermination, la responsabilité de l'individu, sa capacité à exercer une influence sur les affaires qui le concernent, à identifier et satisfaire ses besoins, à résoudre ses problèmes et à contrôler sa propre vie ; on y parle de partage des connaissances et des pouvoirs, de respect, d'égalité, d'écoute, de bienveillance.

Ce sont là, des valeurs emblématiques du vivre ensemble contemporain qui impactent de facto le monde de la médecine.

1. La médiation rimerait-elle avec santé et la qualité en santé ?

Au-delà des mots, une réalité quotidienne. Dans ce contexte de plus en plus complexe, d'une médecine décloisonnée où l'individu est à la fois le destinataire d'une politique publique et l'objet d'une prise en charge institutionnelle et médicale, le besoin d'améliorer la relation entre les professionnels et les usagers au sein de l'hôpital est une préoccupation fondamentale certes favorisée par la médiation médicale mais pour laquelle envisager une relation plus directe entre le professionnel, le patient et la famille du patient semble aujourd'hui incontournable.

Ce patient peut aujourd'hui prétendre à :

- La qualité de la prise en charge : l'écoute, la compréhension, l'explication ; la pertinence des réponses ; les remboursements, les assurances, etc.

- La qualité des soins et du suivi : toutes les chances doivent lui être données, ainsi qu'une information claire. Les services doivent répondre aux demandes d'explications, réclamations, craintes et assurer un dossier médical soit personnalisé.

- La qualité de la relation et des services par l'accueil, l'écoute, l'amabilité, la sollicitude ; et également la qualité des prestations d'hébergement ;

- Le respect de l'altérité : le malade est avant tout une personne avec sa culture régionale ou nationale, autochtone ou étrangère et les aspects transculturels doivent être pris en compte...

L'ensemble de ses droits et obligations, la nécessaire articulation qui se traduit souvent en pratique par une désarticulation, favorise le développement de cellules conflictuelles et accroît une mise en tension permanente entre le travail à flux tendu des équipes et services de santé, les familles en peine ou en courroux assurément en mal de communication.

En somme l'ampleur des transformations que nécessite le droit des individus dans la pratique quotidienne de la médecine, sont autant de situations pourvoyeuses de dissonances et de conflits.

2. On le comprend alors: la médiation non médicale étaye et conforte le droit des patients.

Contribuant à donner sens à l'acte médical et au-delà, la qualité du dialogue singulier médecin/patient, la qualité et la sécurité des soins, la médiation implique et repose sur un partenariat entre les acteurs, dans un climat de dialogue et d'écoute, pour mieux se comprendre, et mieux satisfaire la relation entre les individus.

Une médiation possible de l'hôpital au domicile vise alors principalement à remettre au cœur de la pratique du soin et de la santé, le triangle Patient Famille Médecin par l'intervention d'un Tiers, le Médiateur, ni médecin, ni personnel de soins, indépendant à l'organisation mais doté et garant d'une forte déontologie. Elle vise à insuffler de la relation entre l'ensemble des acteurs de la santé au sein de l'hôpital.

Comme l'écrit si bien Albert Camus : « Mal nommer les choses, c'est ajouter aux malheurs du monde » Rappelons alors, que la Médiation se définit comme un processus visant ici à

replacer chacun dans son humanité et non pas seulement dans son droit et qui a plusieurs fonctions grâce au Tiers impartial, indépendant et soumis à la confidentialité qu'est le médiateur : créer ou recréer le lien, restaurer ou instaurer la relation, prévenir le conflit, régler le conflit.

3. Le triangle Patient-Famille-Soignant/Médecin :

Thème complexe qui applique un principe de réalité : la relation de soins ne se limite pas au malade et au soignant, ni à la seule administration des soins, mais touche d'autant plus la famille que la personne concernée est vulnérable. Il serait mieux adapté même si nous n'étions pris dans des considérations juridiques d'appeler cette famille, les proches.

C'est ici le lieu privilégié de la médiation familiale qui se définit comme étant : « Un processus de construction ou de reconstruction du lien familial, axé sur l'autonomie et la responsabilité des personnes concernées par des situations de rupture ou de séparation, dans lequel un tiers – impartial, indépendant, qualifié et sans pouvoir de décision –, le médiateur familial, favorise, à travers l'organisation d'entretiens confidentiels, leur communication, la gestion de leur conflit, dans le domaine familial, entendu dans sa diversité et dans son évolution. » Derniers éléments qui confortent l'idée de « proches » comme étant mieux adapté que le mot Famille. Puisque la Médiation a pour vocation de travailler autour des relations interpersonnelles, il ne s'agit pas avec elle de ne se préoccuper que des patients et des familles. Elle fait également dans son espace la juste place des soignants, des médecins et /ou de l'administration de l'établissement de soin. Elle prend ainsi en compte la souffrance de chacun, y compris celle du professionnel, le besoin d'efficacité et de sécurité également partagé, pour tenter par la mise en relation pour une meilleure information et une meilleure compréhension, Cette mise en relation tend vers un juste équilibre entre le soin et la subjectivité du patient et des proches, pour trouver des axes de soins appropriés en tenant compte de l'appartenance culturelle, culturelle, communautaire ou encore sexuelle de chacun et enfin peut accompagner pour une prise de décision difficile et/ou douloureuse.

Pour cela trois exemples :

- – Pensons à la difficulté que soulève parfois la nécessité (et non à l'obligation) pour les enfants mineurs, d'obtenir l'autorisation de

soins de la part des parents. Souvent lorsque l'un des deux refuse, ce n'est pas par conviction sur l'inutilité/ l'inefficacité du soin, mais bien souvent pour exaspérer l'autre parent, sans aucune prise en compte de l'intérêt de l'enfant.

- – Pour coller à l'actualité, la loi LÉONETTI sur la fin de vie qui amènera son cortège de difficultés dès lors que surgira une directive anticipée, une sédation, un recueil du consentement éclairé, une discussion sur l'euthanasie... Nous sommes au cœur de l'impérieuse nécessité du dialogue et par voie de conséquence au cœur de l'essence même d'un espace de médiation qui est alors un accompagnement précieux dans la prise de décision.
- – Ou enfin, ce patriarche, chef de clan comme il en reste peu, décédé en salle de réanimation et pour lequel l'infirmière afin d'éviter l'envahissement de la famille décida de réduire le nombre de personnes et le nombre d'heures de visite pour, selon ses dires, ne pas gêner la bonne marche du service. Le chahut occasionné par cette annonce fit alors comprendre à l'infirmière que cette chambre d'hôpital se substituait à une chambre familiale et cela conduisit à modifier le protocole des visites dans le service.

D'une façon plus globale le système de santé, comme celui de la Justice ou de la politique, connaît aujourd'hui une crise de confiance qui peut engendrer des tensions et des conflits. La promesse de santé étant de plus en plus forte et médiatisée, le niveau d'exigence est de facto bien plus élevé que par le passé. La démarche qualité bien que louable n'a pas encore produit tous ses fruits dans le monde hospitalier en particulier traversé – comme en témoignent de nombreux acteurs du système de santé- de micro conflits d'intérêts, de pouvoir, de désarroi, de souffrance au travail, de manque de reconnaissance, de la non attention portée aux malades etc.

Installer de la médiation familiale aux côtés de la médiation médicale et de soin construisant ainsi un chemin entre l'hôpital et le domicile, c'est mettre en application la dynamique du fluide favorisant une remise en capacité des personnes et des professionnels. L'établissement d'une bonne communication entre sachant et non sachant peut contribuer à faciliter le travail du médecin et des soignants, l'acceptation d'une situation difficile en intégrant la bienfaisance à l'autonomie, pilier de la démocratie sanitaire.

Il faut alors bien comprendre que la médiation est un accompagnement et qu'accompagner n'est pas imposer un chemin mais cheminer à côté tout en ne connaissant pas la direction que la personne veut prendre ni le rythme de son pas et cela ne s'improvise pas

[Retour sommaire](#)

LA MEDIATION SANTE ET FIN DE VIE

Par Pierrette AUFIERE ;
avocat médiateur

La fin de vie de Vincent LAMBERT a mis en évidence sur la place publique certaines difficultés de communication entre les équipes médicales et soignantes, les personnes en fin de vie encore lucides (ou pas), les familles, les proches. A l'époque, une tribune avait même été publiée sur Libération, faisant, à cet égard, mention de l'éventualité d'un processus de médiation dans ce conflit familial plus que douloureux...

Ces difficultés sont aggravées lorsque que le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, ce qui laisse place à des interprétations divergentes de la part de la personne de confiance, de certains représentants légaux, et

de l'entourage personnel de la personne incapable...

Plusieurs questions se posent quant au contexte et au cadre d'intervention de la médiation concernant la santé de la personne « vulnérable ». Il s'agira des aspects de santé et de bien-être de la personne concernée, en corrélation avec les relations intra familiales, ses représentants légaux, son environnement social et médical, voire les aspects économiques et patrimoniaux etc. Cela donc peut concerner son état de santé et son évolution, les principales décisions au niveau de son autonomie ou de sa santé jusqu'à sa fin de vie, son lieu de vie, son patrimoine, les

conflits ou difficultés de choix dans la famille, le tout dans un ensemble d'échanges et de dialogues permettant d'aboutir aux options les plus favorables pour la personne vulnérable.

Dans les cas les plus critiques, ou justement afin d'éviter qu'ils ne le deviennent, l'intervention d'un tiers médiateur serait un atout, sinon une aide, axée sur les options puis les décisions à prendre, de manière à faire en sorte qu'elles deviennent mutuellement acceptables. Ceci permettrait un espace privilégié pour évoquer et gérer au mieux les situations génératrices de conflits, d'incompréhensions, d'angoisses au travers des souffrances tant physiques que psychiques pouvant être provoquées par le contexte de cette fin de vie, sous la réserve évidemment qu'une formation spécifique soit dispensée au médiateur ainsi sollicité.

Une situation de fin de vie se déploie, il ne faut pas l'oublier, dans un contexte qui s'inscrit dans un *continuum espace-temps*, espace qui oscille du plus intime au plus social, et un temps qui est compté. C'est donc dans ces situations d'une grande complexité que la médiation pourrait devenir le processus permettant d'éclairer à plusieurs niveaux tant les acteurs (personne en fin de vie, personne de confiance, famille et proches, équipes soignantes, représentants légaux) que les instances concernées (comités d'éthique, magistrats) etc. En somme la médiation, pourrait contribuer à co-construire, avec toutes les personnes impliquées, un contexte apaisant.

Déjà, des médiateurs ont réfléchi à cette hypothèse, voire même l'ont évoquée, expérimentée, et déjà, l'idée d'intervention de ce type a été retranscrite dans les propositions du Comité Consultatif National d'Éthique, lequel dans son rapport du 21 octobre 2014,

envisage tant une procédure de délibération et de décision collective que "au cas par cas un recours possible à une médiation" (page 41 et 42)

Comme l'indique le CCNE « cette médiation se doit d'être véritablement indépendante de toutes les parties prenantes y compris de l'administration hospitalière et des établissements de santé. Elle gagnerait sans doute à impliquer plusieurs personnes. »

Les règles déontologiques et éthiques de la médiation devront être connues de l'ensemble des participants : d'où leur rappel dans la formalisation entre autre d'un contrat de médiation, proposé au fil du processus au vu du nombre de personnes intervenants.

D'évidence, en respectant l'une des importantes règles en la matière : celle de la confidentialité des entretiens, et cette confidentialité devra s'articuler d'autant plus avec le respect du secret médical.

C'est donc conforté par cette validation de l'esprit de médiation, que pourrait être proposé un « observatoire » de mise en place d'expériences de médiation en fin de vie, ce qui permettrait d'ouvrir une voie complémentaire au texte de la loi Léonetti Claeys existant, sans préjudice des dernières propositions de loi déposées à l'Assemblée Nationale, complétant ou instaurant peut-être d'autres options en fin de vie. Ainsi, la loi dans son interprétation et son application actuelle et future, ne pourrait que bénéficier de la médiation, lieu de parole et de construction autour de l'alliage des mots et de la réalité.

Et tout reste encore à imaginer et à accomplir...

[Retour sommaire](#)

LE MÉDECIN FACE À LA VULNÉRABILITÉ

Par Thierry MARMET
Professeur associé de médecine palliative,
université Toulouse III,

Membre de l'Espace de réflexion éthique midi Pyrénées
et du collectif goutte de vie- mort dans la rue.

Introduction :

Aborder la question de la vulnérabilité m'amène à faire un retour en arrière. Il n'est pas si loin le temps où je débutais des études de médecine et commençais ma carrière, avec l'idéal de sauver des vies et de guérir des maladies. La réalité a été toute autre : mon activité professionnelle a été essentiellement

consacrée à pallier les conséquences de maladies chroniques, et particulièrement en fin de vie. J'ai été formé dans l'idée que nous savions ce qui était bon pour les personnes malades et qu'il fallait les protéger d'informations qui pouvaient être pour elles une souffrance surajoutée. Notre paternalisme, irradié de notre attachement au principe de bienfaisance, n'a pas empêché de réduire bien

souvent les malades à leurs maladies. Comment s'étonner du sentiment d'incompréhension que j'ai entendu formuler par les malades dès les années 70, doublé de la plainte que nous ne les écoutions pas. Nos actes locutoires étaient dominés par la séquence : évaluer, rassurer, prescrire, là, ou aujourd'hui, il est attendu de nous : écoute, compréhension et accompagnement.

Cette période a été féconde dans les progrès des connaissances et des pratiques, mais les certitudes d'hier pouvaient, le lendemain devenir un mal pour les patients, ce qui faisait vaciller nos savoirs et le pouvoir que l'on pouvait exercer sur les maladies et les malades. L'exercice solitaire de la médecine m'est apparu rapidement comme une aberration, mais pour autant, il n'a pas été facile de travailler en coopération.

À l'orée du XXI^e siècle, il nous a fallu rééquilibrer la relation soignant-soigné en redonnant une place de sujet à la personne malade. Nous avons vu fleurir autour de cette personne toute une série d'attributs à respecter : son autonomie, sa dignité, sa fragilité, sa vulnérabilité, son individualisme... Force est de constater que la représentation que l'on se fait de ces attributs est sujette à une grande variabilité d'acceptions. Cette situation exige de nous des compétences relationnelles, d'autant que l'émergence des droits des personnes malades, a introduit dans la relation médecins-personnes malades, de nombreux tiers.

Nous avons aussi vécu un temps où la santé n'avait pas de prix, pour subir aujourd'hui la pression du fait qu'elle a un coût. Cette réalité économique induit des iniquités tant dans l'accès aux soins des personnes malades que dans le respect de leurs droits. Le dispositif solidaire de protection sociale est en cours de démantèlement et de privatisation. La répartition des richesses est toujours plus inégale, ce qui nous confronte à une progression effarante de l'un des déterminants majeurs de la vulnérabilité : la pauvreté et son corollaire : ne pas avoir les moyens de financer son assurance pour accéder aux soins.

Nous allons donc aborder dans les propos qui suivent la question de la vulnérabilité à l'aune de trois ordres de difficultés rencontrées par les médecins :

- les difficultés en lien avec l'évolution de leurs compétences médico-techniques ;
- les difficultés en lien avec le respect des volontés des personnes malades ;
- les difficultés en lien avec la

nécessaire médiation des institutions dans une ambiance d'injustice fortement ressentie.

Chacune de ces difficultés ouvre sur des perspectives intéressantes quant au support que pourrait apporter la médiation, sous couvert de la pleine expression de nos compétences éthiques.

1. Vulnérabilité et difficultés en lien avec les compétences médico-techniques des médecins.

L'exercice de la médecine a longtemps été dominé par la clinique, notamment l'observation, ouvrant sur un questionnement éthique permanent dans une approche humaniste des personnes malades. Progressivement, l'expérimentation, la recherche des preuves justifiant les pratiques vont remettre en cause bien des croyances antérieures. Nous devons beaucoup à Irène Joliot-Curie lorsqu'au milieu du XX^e siècle, elle formule l'hypothèse que les progrès seront d'autant plus grands que l'on réunira au même endroit la clinique, la recherche et l'enseignement. Ce sera l'avènement des centres hospitaliers universitaires.

Nous allons alors assister à des progrès considérables en matière de réanimation médicale, dans les techniques chirurgicales, dans la compréhension des maladies et dans le contrôle des sepsis. Subrepticement, nous allons rêver de transposer nos réussites dans les champs précités sur l'ensemble des maladies, ce qui sera décrit comme une idéologie de la guérison et une dérive médico-technique de la pratique médicale.

Concomitamment au fait que le discours médical est dominé par la guérison, va s'opérer une série de réductions : la santé va être réduite à l'absence de maladie, les soins valorisés sont ceux requis par la maladie plus que ceux requis par le malade, la mort, événement naturel ontologique et social, devient un fait médical, les soins palliatifs sont réservés aux « mourants »....

La médicalisation de la mort tient à une série de déterminants. Le premier est le déplacement du lieu du mourir de la maison à l'hôpital, à l'heure où ce dernier est obnubilé par son idéal de guérison. Nous ferons ainsi le lit de l'obstination déraisonnable, jusqu'au moment où tombera la sentence : « il n'y a plus rien à faire ». Cette manière de faire ne laissait pas sans induire un sentiment d'abandon par les patients et leurs familles.

Un deuxième déterminant tient aux perspectives des transplantations d'organes qui nécessiteront de redéfinir la mort : jusque-là formulée sur l'arrêt des fonctions cardio-respiratoires, elle deviendra « mort cérébrale » exigeant, compte tenu des limites de la clinique, des investigations très techniques relevant de l'hôpital.

Le troisième déterminant est l'avènement des soins palliatifs qui, bien qu'amenant un recentrage sur la personne malade, ne sera pas sans effets collatéraux : en parlant de mourants, en reprenant l'antienne anglo-saxonne : « les soins palliatifs c'est tout ce qu'il y a à faire quand il ne reste rien à faire », et tout simplement en utilisant le mot « palliatif » qui signifie à la fois « soigner sans pouvoir guérir » et « cacher chose d'inconvenant », nous n'avons pas été sans participer de la réduction de l'indication des soins palliatifs aux mourants..

Jeune étudiant en 1975, je serai bousculé par la lecture d'un ouvrage « la Némésis médicale » et particulièrement par le chapitre intitulé la iatrogénèse structurelle. Ivan Illich formule : « Faute d'atteindre l'objectif généralisé de la guérison, la médecine n'aura d'autre choix que nous anesthésier, afin que nous ne comprenions pas que cet objectif est impossible à atteindre ». Que dire de l'explosion de la prescription des psychotropes dans les années qui suivent ! Mais surtout que dire de la dernière réduction opérée par la loi du 2 février 2016 sur la fin de vie qui réduit l'acte médical de sédation profonde et continue à un droit des personnes en fin de vie. C'est assez terrible de voir qu'une promesse politique et une concertation nationale qui n'a pu aboutir qu'au consensus provisoire d'un texte de lois ambiguë et d'application compliquée, risque de nous éloigner de notre responsabilité de demeurer jusqu'au terme de sa vie, dans une attitude empathique auprès de celui qui va mourir. Mais cela nous révèle à notre propre vulnérabilité et ce qui ne va pas de soi.

Ainsi est planté le décor de la vulnérabilité qui concerne aussi bien les médecins, les soignants, que les personnes malades et leurs familles.

Du côté des malades, nous voyons des personnes surinformées, qui attendent de la médecine une vie sans maladie et le moment venu de mourir vite et sans souffrir. Si ce scénario ne se produit pas, que de souffrances face à l'inéluctable, vécu alors comme une déchéance portant atteinte à la dignité. Au passage, soulignons une nouvelle réduction celle du sens du mot dignité dont le respect passerait par l'évaluation d'une vie ne valant

plus d'être vécue et qu'il vaut mieux y mettre fin.

Du côté des médecins, l'explosion des connaissances et de leur évolution rapide impacte la compétence médico technique, générant un sentiment d'incompétence, avec la peur de ne pas être à la hauteur et le risque de se mettre la pression de devoir faire quelque chose. Il y a un fort vécu d'impuissance à faire et à dire chez les médecins, ce qui est une définition de la souffrance. Comment s'étonner d'un épuisement professionnel avec son cortège de comportements addictifs, de somatisations et d'états dépressifs. Mais il y a aussi un risque majeur lorsque cette impuissance devient insupportable : le passage à l'acte pour mettre fin à cette souffrance.

D'aucuns s'en sortent mieux car ils ont su se forger des réseaux formels et informels, très sécants avec le nouveau modèle du développement professionnel continu qui reste le meilleur remède à l'épuisement professionnel. C'est dire l'enjeu de la formation à la démarche palliative.

Je formule l'hypothèse que le déploiement du travail en réseau, permettant d'apporter un support médico technique et psychosocial pour étayer les compétences des médecins est particulièrement efficient. Bien entendu, si les « sachants » sont dans une posture de donneurs de leçons, peu de chances que les résultats soient là. S'ils sont sur une attitude de reconnaissance des compétences des médecins et interagissent en tant que pair, pour faire progresser ces compétences, nous devrions faire de grands progrès. C'est dire l'importance des compétences relationnelles.

Le corollaire à cette hypothèse est de postuler que si les acteurs des réseaux ont acquis et intégré les fondements notamment éthiques de la médiation, ils gagneront en légitimité.

2. Vulnérabilité et difficultés en lien avec le respect de la personne malade.

Nous allons maintenant parler de la vulnérabilité de la personne malade. Mais qui est donc cette personne ? Qui se cache derrière ce masque ? Nous nous sommes éloignés de la dualité du corps et de l'âme. Les progrès de la compréhension de la cellule, de la génétique et des neurosciences devraient nous amener à considérer la personne dans toute sa complexité, et il est pour le moins déstabilisant de savoir que la quasi-totalité de l'activité cérébrale est de nature inconsciente, partant, que de réductions !

Comme souvent avec les mots « valises », nous faisons fleurir autour d'eux, toute une série d'attributs qui sont censés contribuer d'une compréhension partagée. La difficulté tient au fait que ces attributs sont eux-mêmes source d'une variété d'acceptions souvent complexes. Le schéma ci-dessous en évoque un certain nombre que nous allons tenter d'éclairer.



Commençons par l'autonomie : elle est souvent réduite à l'idée que la personne est « capable de... », et nous avons assisté à une bascule des attitudes paternalistes vers un concept de patients décideurs, malheureuse simplification ! Élargissons l'autonomie, à l'idée d'une compétence : savoir ce qui est bon pour soi et les risques que l'on est prêt à courir. Dès lors cette compétence mérite d'être accompagnée pour fructifier, c'est dans le lien social que s'optimisera son épanouissement. Ne perdons jamais de vue que les mêmes patients qui revendiquent une liberté en la matière sont ce qui nous dise aussi « c'est vous qui savez Docteur, je compte sur vous ».

Qu'en est-il de la dignité : à l'origine le mot avait un sens relatif, on y rattachait certains attributs qui, s'ils étaient présents, faisaient que l'on était digne, par contre s'ils étaient absents ou si on venait à les perdre, on était indigne. Un rapprochement naturel s'opérait avec la déchéance et de fil en aiguille : vieillir, être handicapé, souffrir, avoir une maladie mentale... sont autant d'indignités. Les philosophes de l'époque des Lumières ont choisi ce mot en lui conférant un sens ontologique absolu : la dignité est ce qui fait que nous sommes des personnes humaines, elle est la même pour tous, elle est inaliénable. Malheureusement, le sens retenu par la majorité d'entre nous est le sens relatif. Comme par ailleurs le terme a été instrumenté pour promouvoir l'aide à mettre fin à des vies qui seraient une indignité et qui ne méritent pas d'être vécues, vous mesurerez la difficulté à parler de la dignité absolue que l'on retrouve fréquemment citée dans le code de la santé publique devant la représentation relative majoritaire qui est donnée à ce mot.

Venons-en à l'individualisme, il est un déterminant anthropologique majeur de notre civilisation. Sa représentation dominante est également réduite, au mieux à l'idée que la personne individualiste est la mieux placée pour savoir ce qui est bon pour elle et pour fixer les règles et la loi de sa vie, au pire on en fait un synonyme d'égoïsme. J'en appelle à une vision philosophique de l'individualisme dont le fondement est de se connaître soi-même, d'accepter d'altérer cette vision de soi par la rencontre de l'autre dans une perspective de l'amélioration du bien commun partagé. Mais vous allez me dire que je rêve...

Un mot sur la santé dont j'ai déjà dit qu'elle était bien souvent réduite à l'absence de maladie. J'aime à répéter la définition de l'organisation mondiale de la santé : la santé est un État de bien-être physique, psychique, social, spirituel et culturel. Je vais encore ajouter une dose d'utopie pour rêver de rester solidaire avec ceux qui rencontrent des problèmes de santé.

Quant à l'éthique, voilà une belle auberge espagnole : il y a autant d'éthique qu'il y a de philosophes, de professions, de religions... Il paraît même que les hommes politiques et les financiers ont une éthique, c'est tout dire. Pour moi, l'éthique c'est l'immanence du doute : est-ce que ce que je pense être bon est si bon que ça ? Est-ce que ce que je pense être bon pour les autres, notamment les malades est si bien que ça ? Est-ce que la médiation des institutions et les lois qu'elles promeuvent sont toujours bonnes ? L'éthique est un habitus, une manière d'être au sens premier du terme, il me fait devoir de considérer toute personne comme moi-même et mon égal, en étant attentif à son altérité. C'est pour moi l'assurance de faire fructifier mon ipséité dans une visée du bon du bien et du beau.

Quant aux droits des personnes malades, voilà un domaine où l'on a progressivement mis sur le même plan des droits objectifs et des droits subjectifs. Si la première loi de juin 99 intégrant dans le code de la santé publique un livre préliminaire sur les droits des personnes malades, mettait en exergue trois droits objectifs :

- le droit d'accéder à des soins palliatifs le moment venu ;
- le droit d'accéder à une prise en charge de la douleur ;
- le droit de refuser des investigations et traitements ;
- les lois suivantes ont ouvert la porte à la formulation de droits subjectifs :
- le droit à la protection de la santé ;

- le droit au respect de sa dignité ;
- le droit au respect de sa vie privée...

Jusqu'à formuler un droit ambigu d'accéder à une sédation profonde et continue.

Dans un contexte de méconnaissance profonde de ces droits et du sens polysémique des mots, comment s'étonner qu'il puisse y avoir autant d'incompréhensions et de tensions dans la relation entre les médecins, les soignants et les personnes malades.

Un commentaire sur l'identité avec une petite note provocante sur ce que recouvre l'amélioration de la qualité des soins à l'aune de l'identitovigilance ! Bon, d'accord, il ne faut pas se tromper de malade et il ne faut pas le perdre dans la nature... Nous voici formulant un nouveau rêve ou l'identité prendrait en compte le malade, son histoire, son trajet de vie, son environnement... là ou lui réclame avant tout, parfois de façon non avenante, sa carte d'identité et sa carte vitale!

Il me reste à parler de la vulnérabilité : dans son sens premier, l'adjectif vulnérable veut aussi bien dire « qui peut être blessé » et « qui blesse ». Une personne vulnérable est donc une personne qui reçoit des coups et qui en donne ! Avec l'usage, par figure, il qualifie ensuite une personne ou une chose qui peut être facilement attaquée mais aussi une réputation. Comprenez bien la difficulté pour nous soignants dont la première tâche, face à une personne malade est un travail d'évaluation : évaluer c'est porter un jugement de valeur, comment faire pour rester factuel sur l'évaluation des blessures reçues par la personne malade sans porter de jugement sur la personne qui peut aussi nous blesser, notamment quand la souffrance est là, quand cette personne a le sentiment qu'on ne la comprend pas, qu'on ne l'écoute pas... Il est d'une trivialité absolue qu'elle s'en agace, qu'elle projette agressivement sur nous... Il est tout aussi trivial que des soignants prennent ces projections au premier degré et s'en agacent à leur tour...

Il est de notoriété que les compétences relationnelles des médecins et des soignants mériteraient d'être améliorées et il est plutôt rassurant de voir les efforts faits en la matière notamment dans la formation initiale des soignants. Arrêtons-nous un instant sur la complexification des rapports avec les personnes malades et la place donnée à des tiers tels que la personne de confiance, la famille, les proches, les tuteurs, les mandataires de protection future... J'ai mis en exergue le risque d'incompréhension, j'ai pu vivre positivement la place de la médiation institutionnelle dans les conflits avec les

patients et leur famille, je rêve d'un dispositif de support de la médiation familiale pour aborder avec plus de sérénité ces situations difficiles de la vie ou la circulation et le maintien de la circulation de la parole dans une écoute active et non jugeante me paraît une piste pleine de richesses.

3. Vulnérabilité et difficultés en lien avec la médiation des institutions.

Je commencerai ce chapitre en évoquant ce constat surprenant que la majorité des soignants n'ont pas intégré que s'ils peuvent pratiquer leur exercice professionnel dans le champ de la médecine, c'est parce que la loi les y autorise. Ces dernières années nous avons pu mesurer la méconnaissance des lois notamment sur les droits des malades en fin de vie, il semble que moins d'un français sur cinq en ait connaissance.

Pour parler de médiation au sens large, je salue ici le travail remarquable réalisé par les associations représentatives de malades, notamment dans notre région Midi-Pyrénées, pour promouvoir, expliquer et accompagner la mise en œuvre de ces lois. J'ose espérer que les objectifs fixés par la loi en la matière porteront leurs fruits. (Campagne d'information confiée au centre national sur les soins palliatifs et la fin de vie).

Il est également impossible de parler de médiation des institutions sans faire état de la terrible crise que traverse le financement de la protection sociale et son démantèlement actuel au profit de l'assurance privée. Les conditions de travail des soignants se sont significativement dégradées au prix d'un épuisement émotionnel et professionnel majeur.

Nous avons déjà introduit dans le premier chapitre l'idée que la vulnérabilité concernait aussi bien les soignants que les malades et leur famille, nous voilà en situation d'ajouter que le contexte étend la vulnérabilité aux organisations institutionnelles. Un des indicateurs est la croissance des situations qui font l'objet de plaintes aux prud'hommes.

Plus généralement, l'autre terrible constat est l'iniquité d'accès aux soins des personnes vulnérables : que dire des médecins qui refusent des soins des personnes sous couverture CMU, des structures sanitaires qui font de la discrimination dans l'accès à leur structure, sans compter avec les inégalités d'implantation territoriale.

4. La médiation comme support à une éthique du prendre soin.

La philosophie de la démarche palliative s'est enrichie de la philosophie du « care », telle qu'elle a été théorisée dans les pays Anglo-Saxons. Un corpus réflexif s'est formé autour d'une éthique du « prendre soin ». Il n'est pas sans s'étayer sur ce que nos amis canadiens appellent l'éthique clinique. Cela repose sur quelques aphorismes simples :

- la seule norme qui s'impose à nous est la personne malade ;
- il n'est pas de problème qui n'ait de solution ;
- seule la délibération du plus grand nombre à l'aune de leur expérience légitime crée la probabilité de dégager un consensus proportionné et acceptable sur ce qu'il convient de faire ou de ne pas faire.

Sur ces bases, et compte tenu du fait que nos compétences à une éthique de la discussion sont améliorables, je formule que l'on aurait tout intérêt à accueillir les compétences des médiateurs familiaux, lorsque nos discussions concernent des

situations particulièrement complexes, peu favorables à un consensus.

Conclusion :

Mon propos tentait de mettre en exergue combien notre société, devenue encore plus individualiste, nous rend toujours plus vulnérable. Cette vulnérabilité nous concerne tous, y compris nos institutions. Les politiques sanitaires et sociales sont à un tournant contraint par la crise de protection sociale. Ce n'est pas une bonne nouvelle pour respecter l'altérité, car depuis toujours, en situation de crise, on désigne des boucs émissaires. Le nombre de personnes qui vivent en dessous du seuil de la pauvreté s'accroît et elles font l'objet de stigmatisations négatives. Je poursuis donc mon rêve d'une société plus égalitaire, plus préoccupée du bien commun et de son partage. Dans cet espace la circulation et le partage de la libre parole sont un enjeu majeur. L'éthique de la médiation peut en être un outil.

[Retour sommaire](#)

TEMOIGNAGE



ALVAREZ BARANGA Maria-J.
Médiatrice CUSL,
Cliniques Universitaires Saint Luc,
centre hospitalier VALIDA,
BRUXELLES

Maria-J. ALVAREZ BARANGA

Une médiatrice témoigne

Par Christiane WICKY

Avant d'être médiateur:

Quel a été votre parcours professionnel ? Comment avez-vous découvert la médiation : aboutissement d'une réflexion personnelle, hasard d'une rencontre ou autre ?

Mon premier parcours professionnel : j'ai commencé ma vie en étant infirmière aux soins intensifs où j'ai travaillé pendant 18 ans, mais pendant que je travaillais comme infirmière, mon vrai souhait c'était de devenir juge d'instruction et donc j'ai tout de suite voulu commencer mes études de droit ; j'ai fait un master en droit tout en travaillant comme infirmière, après le master en droit, je voulais m'inscrire au parquet pour devenir juge d'instruction, mais j'ai rencontré mon mari et ma vie a pris un

tout autre tournant. L'hôpital dans lequel je travaillais comme infirmière m'a dit « on a besoin de toi pour gérer les plaintes aux urgences », et ceci bien avant la loi en 1999. Avant la loi, l'institution avait dit « on a beaucoup trop de plaintes par rapport au service des urgences et il nous faudrait quelqu'un d'expérimenté qui puisse coordonner cela » et on m'a dit « tu as le bagage idéal », je me suis dit « pourquoi pas » j'ai donc fait de la gestion de plaintes de 1999 jusqu'à la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient. On m'a proposé de devenir la médiatrice de l'institution, ce que j'ai refusé parce que j'avais un projet personnel, et donc je me suis dit « ok je veux bien travailler avec le médiateur qui sera nommé pour l'institution, mais je veux rester dans le service des urgences et traiter les plaintes liées au service des urgences ». On a donc nommé un médiateur pour le reste de l'hôpital avec lequel je me suis très bien entendue, parce que j'avais une certaine expertise et nous avons très bien collaboré, et, à la fin, je participais plus à la médiation de plaintes d'autres services qu'à celui des urgences. A un moment donné il a eu un problème de santé et l'institution m'a redemandé d'être médiateur de l'ensemble de l'hôpital (2014). A ce moment-là j'ai pu poser mes conditions : être indépendante, ne pas dépendre de la direction médicale, car, aux urgences, je dépendais d'une autre direction. Pour préserver cette indépendance, il valait mieux ne pas dépendre de la direction médicale, je trouvais que c'était une force. De par notre fonction, on risque de devoir mécontenter certains médecins, et dépendre d'une autre direction que de la direction médicale est donc un atout afin de ne pas créer un conflit d'intérêt dans le chef de la direction médicale. Quand j'étais aux urgences, je dépendais de la direction financière, parce que c'est la Direction financière qui avait décrété qu'il y avait un réel problème avec les urgences avec beaucoup de plaintes. J'ai demandé à ce moment-là de pouvoir dépendre de l'Administration Générale, alors que le médiateur que j'ai remplacé dépendait de la direction médicale...

Si j'entends bien aujourd'hui vous n'êtes plus que médiateur,

Je n'ai plus que cette fonction et d'ailleurs je ne pourrais pas faire autre chose avec 700 plaintes par an.

Quelles ont été vos motivations pour devenir médiateur ?

J'ai toujours aimé pouvoir résoudre des conflits ; que ce soit au niveau personnel que professionnel ; je suis toujours orientée solution ; en soins de santé, ce qui me touchait c'est la fragilité du patient qui croit qu'il est inférieur au médecin, c'était de l'élever un petit peu ; l'aider pour trouver l'équilibre dans la relation, mais ça ne veut pas du tout dire que je m'oppose aux médecins, pour cette raison ; il faut vraiment nuancer, parce qu'être médiateur « droits des patients », ça ne veut pas dire défendre les patients en attaquant l'autre partie, non...

De par votre posture en tant qu'infirmière aux soins intensifs, vous vous étiez rendu compte qu'il y avait parfois des conflits, ce qui a éveillé en vous le désir de devenir médiateur est-ce cela ?

Pas tout à fait, puisque je voulais m'embarquer dans la profession de juge d'instruction. C'est parce que la direction me l'a demandé, vu mon bagage de soignante et de juriste. J'ai quitté la profession d'infirmière pour arriver aux urgences où j'étais une coordinatrice administrative en plus de gestionnaire de plaintes

Avant cela connaissiez-vous la médiation en général ?

*Je connaissais la médiation canadienne parce que les canadiens ont commencé très tôt, et je connaissais plutôt la médiation pénale **Aux moments de vos études de droit ?** oui, au moment de mes études de droit, j'ai eu quelques notions et comme, en plus, mon droit préféré était le droit pénal j'étais attentive à cela.*

La formation :

Avez-vous suivi une formation initiale ?

J'ai suivi la formation du ROJAQ formateurs venus du Québec dès que la loi de 2002 a été mise en place (2 fois 3 jours)

Suivez-vous une formation continue /des séances d'analyse de la pratique : si oui sous quelle forme ?

Pour ce qui est de la médiation, je fais partie de deux associations de médiateurs (association francophone AMIS et association néerlandophone VOVVAZ) ; on organise régulièrement non seulement des supervisions, mais on organise aussi certaines formations pas spécifiques à la médiation, mais d'autres formations utiles à nos pratiques, j'ai suivi une formation CNV, et, j'ai suivi une formation PNL pendant trois ans à titre personnel. On assiste évidemment, via les associations, à de nombreux colloques et conférences. On entretient des relations avec la commission fédérale droits des patients. Je suis toujours en inter action avec ces gens-là ; je vais rencontrer aussi des associations de patients parce que je me dis qu'il est important qu'ils comprennent qu'on n'est pas

contre le patient ; c'est avec ces deux associations de médiateurs que je continue à avoir une formation continue.

Au sein de l'établissement hospitalier où vous fonctionnez, êtes-vous toute seule comme médiateur ?

Je suis toute seule en tant que médiatrice mais j'ai pu obtenir une assistante une fois par semaine ; maintenant j'en ai une deuxième une fois par semaine mais ce sont des assistantes qui ne sont pas formées en médiation. Je les forme moi-même pour le codage, la structuration des dossiers, la préparation des dossiers, faire des photocopies. Ce sont des « petites mains » ; elles ne font pas d'entretien mais si je suis absente et qu'elles sont présentes dans l'institution elles peuvent entendre la plainte et expliquer aux patients comment il faut faire, et ensuite c'est moi qui rencontre le patient et qui fait les analyses d'ensemble. J'ai remarqué qu'elles ont une utilité très importante parce que si je suis seule, je ne peux pas être là 24h sur 24, 7 jours sur 7 et que donc, quand je ne suis pas là, si un patient a besoin d'exprimer sa colère, ne serait-ce que pour venir déposer sa colère sans qu'il y ait même un dépôt de plaintes, elles sont très utiles pour moi.

L'activité de médiation :

Quelles sont pour vous les qualités du médiateur ? Quelles qualités pensez-vous avoir ?

La plus grande qualité que je puisse avoir c'est la qualité d'écoute. J'ai une écoute très poussée. J'ai énormément d'empathie et je pense que je suis très structurée dans mon cerveau parce que, passé le moment d'écoute qui est indispensable parce que expliquer à quelqu'un comment il va déposer la plainte et ce vers quoi on va et en quoi consiste le service de médiation et la médiation ; si vous n'avez pas écouté avant c'est voué à l'échec parce qu'il y a une opposition directe du patient si vous n'écoutez pas dans un premier temps, je l'ai bien compris avec l'expérience ; d'abord j'écoute, je laisse venir et alors ce qui est très important pour moi c'est de faire en sorte que le patient me donne dans son discours aussi ses attentes, que ce ne soit pas moi qui interprète ce qu'il veut , je pense qu'il faut avoir aussi des qualités humaines, du respect et mettre les jugements de côté , parce que si je laissais mon cerveau analytique prendre le dessus, je serais capable de dire « pourquoi venez-vous me voir ? »

Vous n'avez donc aucun à priori, vous laissez la personne s'exprimer

OUI, le plus difficile dans cette fonction c'est de faire abstraction de tout jugement pendant tout l'entretien ; rien que dans le non verbal vous pouvez enclencher un blocage chez l'autre personne. Je suis donc très attentive à cela mais ce n'est pas simple pour moi

Si vous vous rendez compte qu'une demande ne vous apparaît pas fondée vous la prenez tout de même ?

Je la prends de toute façon. Après je peux expliquer au patient que j'ai des limites en tant que médiateur et je dois suivre ce que la loi m'impose, donc je ne peux pas être un juge, et j'ai constaté qu'en fait on ne peut pas être ce que le patient demande le plus ; parce que le patient à 90% vous demande d'être un juge car il vous demande de vous prononcer. Je vous assure qu'il faut faire très attention à ça et je trouve que la loi n'est pas assez claire pour les patients parce qu'il m'arrive un nombre incalculable de fois quand je dis au patient que je ne peux pas me prononcer parce que ce n'est pas mon rôle, il me répond « mais alors à quoi vous servez ? ».

La pratique de la médiation santé :

Quel est votre statut ? Comment définiriez-vous votre pratique ? médiation/recommandation ? quelle proportion ?

Je suis salariée, payée directement par l'institution mais l'hôpital reçoit une subvention annuelle de l'état de 25 000 €. Ce poste est financé par l'Etat en grande partie mais cela ne couvre pas totalement ma rémunération et l'institution complète.

Le fait que vous soyez rémunérée par l'hôpital ne vous gêne-t-il pas par rapport à l'indépendance du médiateur ?

En ce qui me concerne c'est NON, parce que j'estime d'ailleurs que l'indépendance du médiateur dépend de la personnalité du médiateur et rien d'autre. Cela est peut-être lié à mon âge (60 ans) c'est peut-être lié à mon expérience, donc ça ne me pose aucun problème. Qu'est-ce qu'on entend par indépendance ? Ne nous leurrons pas sur l'indépendance ! Ce qui m'intéresse, dans ma fonction, c'est d'être indépendante pour le fonctionnement, mais vous croyez que si je sortais de l'hôpital je serais plus indépendante, que je n'aurais personne au-dessus de moi qui va réguler ou mes horaires ou que je vienne à telle heure ou que j'aïlle là ou là-bas. Je dépendrais toujours de quelqu'un, à moins d'être médiateur indépendant, mais là, se poserait une autre question celle du financement du

médiateur et, le plus important, le choix des médiés. Nous verrons apparaître des médiations avec deux médiateurs, l'un pour le patient l'autre pour le médecin.

Le médiateur santé aujourd'hui de par la loi ne peut être qu'un salarié de l'hôpital et non un médiateur indépendant ?

Non pas dans le milieu hospitalier mais il y en a qui essaie mais non la loi a demandé aux institutions de prendre un médiateur mais la loi n'a pas dit comment ; donc si l'hôpital décide d'engager un médiateur il est aussi lié par rapport au médiateur par un contrat de travail. Donc on ne peut pas non plus jouer avec les gens. Ils ont fait un choix de départ, ils doivent respecter ce choix. Certains hôpitaux qui font appel à un pool de médiateurs, je n'en connais qu'un qui fonctionne comme cela dans le sud de la Belgique

Comment cela fonctionne-t-il concrètement pour vous au sein de votre institution, présence, information des patients etc. ?

L'institution a un site web et si vous tapez médiateur vous voyez toute une série d'informations que je donne sur la présence, sur mon répondeur sont indiquées les heures où on peut me joindre mais je préconise la saisine par mail. Je fonctionne dans un premier temps par mail (exposition du problème par mail) Pourquoi ? c'est ingérable autrement car je ne peux pas m'occuper d'un téléphone, d'un mail et de recevoir les personnes et de travailler sur le fond. Par ailleurs, c'est une sécurité pour le patient comme pour moi, en effet, je ne risque pas d'interpréter ses dires C'est également une question d'organisation, il y a des gens auxquels je dis « il me faudra de toute façon un écrit », mais je ne refuse jamais de voir quelqu'un qui ne veut pas m'envoyer d'écrit au préalable et quand mes assistantes reçoivent un patient qui arrive parce qu'il n'en peut plus et veut exprimer sa colère, s'il veut me rencontrer, et bien, il aura l'occasion de me rencontrer je dis à mes assistantes « jamais on ne peut empêcher quelqu'un de venir me voir » c'est indispensable, mais ce n'est pas ce que je privilégie dans un premier temps parce que j'ai déjà les incontournables, les urgences qui arrivent donc je ne peux pas tout gérer. La personne qui est en train d'attendre a eu une explication du médecin mais elle lui dit « vous dites cela pour que je me calme et je veux voir quelqu'un d'indépendant »

Cela veut dire que votre indépendance est connue des patients ?

Pas toujours, parfois c'est le prestataire qui me téléphone pour me dire « qu'est-ce que je fais ? » il a eu un problème avec une dame et il lui a expliqué qu'elle pouvait déposer une plainte auprès du médiateur et elle ne voulait pas bouger si elle ne rencontrait pas quelqu'un d'indépendant extérieur au médical. La première chose que je demande « d'un point de vue médical c'est si tout est résolu, si l'urgence médicale a bien été prise en charge » et je n'entends la personne que si elle a déjà parlé avec le prestataire incriminé.

Recevez-vous toutes les personnes qui font une demande même si le premier contact fut par mail ?

La plupart du temps, mais vous savez j'ai fait des statistiques sur les attentes des patients qui viennent me voir ; 80% n'attendent qu'une chose que je les écoute et ce qui vient en dernier lieu c'est la médiation ; seulement 20% des gens veulent une médiation dans le sens où on l'entend avec une rencontre avec le prestataire.

Donc ce qui important pour le patient c'est qu'il ait un lieu pour exprimer ce qu'il a à dire qui débouchera sur la compréhension du problème sans aller plus loin ?

Pas tout à fait c'est plus nuancé que cela ; ça ne veut pas dire que la personne ne veut pas aller plus loin, cela veut dire que la personne n'est pas prête à rencontrer le prestataire et qu'elle veut quand même une résolution du problème par mon intermédiaire et ce que je vais devoir faire dans ce cas c'est rencontrer le prestataire indépendamment de la personne et puis revenir vers la personne, faire une médiation indirecte ; la plupart de mon temps je fais des médiations indirectes

Est-ce que le prestataire répond toujours à la demande de médiation ?

cela dépend du prestataire 95% répondent positivement, ils sont bienveillants et à l'écoute, ils souhaitent que le conflit s'arrange et les 5% qui n'en n'ont rien à faire parce qu'ils n'ont pas encore compris les avantages de la médiation. Parfois certains peuvent être désagréables.

Quel médiateur êtes –vous ? Le plus important est-il pour vous d'arriver à un accord ou de faciliter la communication ou encore d'aider les parties à retrouver du pouvoir ou de l'autonomie?

Je me situe entre la question 2 et la 3. Mais, je suis plus pour faciliter la communication et pour que ces personnes puissent repartir en se sentant comprises et acceptées dans leur ressenti. Qu'est-ce que c'est que communiquer avec un patient ? c'est faire un bout de chemin en le comprenant ; c'est ça ma définition du médiateur. ; donc faire en sorte que les personnes se comprennent à nouveau pour continuer leur chemin

Est-ce qu'il n'y a pas pour le médié un souci de se réapproprier son problème c'est-à-dire qu'il puisse comprendre ce qui se passe et qu'il puisse faire la démarche lui-même ou est-ce que comme on est dans le cadre de patients, en fait de gens fragilisés, n'y a-t-il pas un écueil ?

Merci pour cette question qui me permet de préciser. La première chose que je dis au patient qui se plaint d'un prestataire « est-ce que vous lui en avez parlé » si non « est-ce que vous pensez pouvoir le faire ? », je vais prendre la main et l'aider à faire l'intermédiaire, mais parfois il m'arrive de solutionner très vite les choses en disant « écoutez, moi je pense que si vous lui en parlez ce serait tellement bien, il y aurait une action venant de votre part plutôt que de la mienne » et parfois j'arrive déjà, en ne faisant rien d'autre que cela, à une solution et que je trouve la meilleure, puisque c'est le patient qui se prend lui-même en main. Le médiateur doit être neutre et impartial, il ne décide rien à la place du patient ou du prestataire. Je suis juste le facilitateur de la relation.

Cela veut dire que vous donnez un coup de pouce en tant que médiateur, on peut se dire « moi je n'interviens que lorsqu'il y a réellement conflit or parfois vous allez avoir des gens qui viennent alors que la partie mise en cause n'a pas eu connaissance du problème » Que faites-vous alors ?

Ça c'est ce que je privilégie et je dis aux patients souvent « mais écoutez, pour maintenir ou améliorer votre relation si vous alliez vous-même dans un premier temps, je serais toujours là si vous avez besoin de moi mais dans un premier temps vous ne pensez pas que c'est mieux parce que si moi je viens vers le prestataire de soins en lui demandant qu'est ce qui se passe, vous pensez bien qu'il peut être perturbé parce que lui n'a pas vécu les choses comme ça » et donc déjà mon intervention va être érigée en plainte, si on peut déjà éviter ça c'est possible dans certains cas et les patients sont surpris quand je leur dit cela « est-ce que c'est faisable pour vous ? » Tout le monde ne peut pas le faire mais si c'est faisable on me remercie après.

La loi définit le type d'affaires que vous pouvez traiter, mais est-ce que vous traitez d'autres affaires, par exemple, factures, accès au dossier médical etc. et parlez-moi des recommandations.

Les autres conflits non prévus par les textes je les rejette (lorsque c'est flagrant que je ne suis pas compétente) sauf si la personne me dit « j'ai déjà essayé d'avoir des explications ? et je n'arrive pas à les obtenir » je vais les aider quand même. Mais quelqu'un qui vient me dire « écoutez je ne sais pas me garer devant l'hôpital parce que il y a des gardiens de sécurité qui m'en empêchent » ? Cela ne relève pas des droits du patient, je n'organise pas la voie publique et là je perds du temps. Je n'ai pas non plus les compétences d'un Stewart ou de quelqu'un de la sécurité. Quand je suis appelée à l'étage parce que la famille d'un patient est violente je dis « appelez d'abord la sécurité » C'est la famille du patient qui est violente, ce n'est pas le patient qui a le problème.

Quelle est, en proportion, la nature des conflits que vous rencontrez ?

La majorité c'est le droit à des soins de qualité, mais qu'est-ce cela veut dire, en Belgique franchement, il faut être honnête, dans tous les hôpitaux vous pouvez avoir des soins de qualité. Dire « je n'ai pas eu de soins de qualité » ne veut pas dire que les soins prodigués n'étaient pas de qualité dans le sens technique du terme. Sauf évidemment dans certains cas, car le 100% de réussite dans les soins n'existe pas. En revanche, ce que l'on met dans « je n'ai pas eu des soins de qualité » c'est droit à la qualité du soin, tout ce qui n'est pas la technique, c'est cela qu'il faut entendre, et ça ce n'est pas assez clair. La qualité des soins fait référence « on s'est trompé ; on n'a pas donné le bon produit, on n'a pas fait le bon soin » mais ce n'est pas simple, la majorité de mes plaintes, même si je dois les classer à ce niveau-là, c'est « on ne m'a pas entendu, je suis venu aux urgences on s'est très bien occupé de moi, on a bien éliminé toutes les causes qui pouvaient être dangereuses pour moi, mais on m'a laissé partir moi, à 85 ans, toute seule à 2 heures du matin » On ne s'est pas inquiété de connaître la vie de cette patiente, y avait-t-il quelqu'un pour l'accompagner ?

Vous pensez que c'est de la responsabilité de l'hôpital ?

Ce n'est pas de la responsabilité de l'hôpital, mais vous ne pensez pas que c'est peut-être important pour ce qui peut arriver ensuite pour la patiente ? Le soin c'est justement un tout, c'est ce qui fait l'humanité du soin. Je ne dis pas que c'est l'hôpital qui doit le faire, mais peut être que pour cette dame, on aurait pu la garder jusqu'au matin. C'est un exemple comme ça, mais dans la qualité du service de soins, il y a toute cette notion d'écoute du patient dans ce qu'il vit. C'est aussi important que la technique.

Avez-vous beaucoup de demandes par rapport au traitement donné « qu'est-ce qu'on m'a fait, on ne m'a rien dit » alors que la demande relative à la communication du dossier médical échappe à la médiation ?

De quoi se plaint-on en premier lieu c'est l'article 5 « droit à des soins de qualité » en deuxième lieu droit à l'information au patient (article 7) ça c'est 90% des plaintes, c'est « je n'ai pas reçu l'information » Alors j'ai même fait une analyse : est-ce que ce sont les médecins qui informent mal,

les infirmières, les administratifs et en fait quand je montre mes statistiques, on se rend compte que la qualité de l'information laisse à désirer tous métiers confondus.

Là vous évoquez des problèmes liés à la structure, est ce que c'est dans ce cas-là que vous faites des recommandations ?

Quand je fais des recommandations annuelles, quand je passe par la direction et les chefs de département, je présente un bilan des plaintes de l'année et mes recommandations et la première recommandation est de veiller à la juste information. Maintenant je ne fais pas que des recommandations annuelles, je fais des recommandations pendant l'année à un service en particulier, car dès que j'ai 3 plaintes pour le même problème, je prends mon téléphone et j'appelle le chef de service en lui demandant de rectifier les choses puis je complète par une note par mail. Mais je prône le contact téléphonique car cela va me permettre de savoir comment ensuite je vais écrire

Est-ce que par rapport à la direction de l'hôpital vous rédigez un rapport annuel sans citer le nom des patients je suppose ?

Tout à fait, je ne parle pas des patients, de toute façon cela fait partie de l'anonymisation. Ce que je présente à l'institution ce sont des statistiques, des schémas : j'ai tant de plaintes, il y a une évolution où ça diminue, dans tel service il y a tendance à une augmentation, quelle en est la cause ? Est-ce que j'ai vu avec la qualité et proposer à la qualité de faire une étude à ce niveau-là parce qu'il y a un manquement à ce niveau. Voilà ce que je présente dans mon rapport ci

Quelles sont les difficultés que vous rencontrez ? Les améliorations à apporter.

La difficulté majeure ce sont les 5% de prestataires qui m'agressent, ou qui ne répondent pas à mes demandes, et vers lesquels je dois revenir sans cesse, et, in fine, il m'arrive de prévenir la direction en expliquant que je m'en sors pas qu'un patient attend des réponses et si j'obtiens pas de réponse je peux utiliser ce que la loi met à ma disposition : à savoir les alternatives : soit conseiller au patient d'écrire à l'ordre des médecins ou alors, autre alternative, ce sont les assurances de l'hôpital. A partir du moment où un patient est persuadé qu'il y a une erreur ou une faute, je ne pourrais pas l'en dissuader, c'est impossible.

Lorsque vous êtes allée au bout de vos actions mais que le conflit ne trouve pas de solution, vous orientez vers d'autres instances ?

En effet, j'oriente le patient vers une autre possibilité. Une des autres possibilités, mais qui concerne l'ensemble des plaintes lorsque le patient évoque une faute, je transmets le dossier aux assurances car l'expert extérieur à l'hôpital va se prononcer et dire s'il y a faute ou pas. Donc ceci est une alternative gratuite qui évite le recours au Tribunal. Et les améliorations à apporter ? Au sein de l'établissement je me sens respectée par les services et on m'a attribué des collaboratrices. Cependant je pense qu'il faudrait un ou une autre médiateur(trice) je gère 700 dossiers par an alors que, pour le même salaire, des collègues dans d'autres structures ne gèrent que 50-100 dossiers par an.

Vous êtes un médiateur local attaché à une institution, qu'est-ce qui vous diffère du médiateur fédéral ?

Le médiateur fédéral s'occupe des conflits entre les patients et les médecins traitants, des résidences pour personnes âgées, en fait tout ce qui est en dehors de l'hôpital. Moi je suis médiatrice dans une structure de 1000 lits et son annexe 150 lits pour les conflits des patients avec tous les prestataires des deux Institutions.

La structure dans laquelle vous intervenez favorise-t-elle l'information à la médiation sous toutes ses formes ?

Oui, absolument parce que partout dans l'établissement est indiqué mon nom, qualité et lieu et horaires pour me rencontrer et chaque patient qui rentre à l'hôpital reçoit un livret dans lequel figure le service de médiation : mon nom, mon mail et mon numéro de téléphone

Pour être un médiateur dans le domaine de la santé faut-il connaître ce milieu ?

En principe ça ne doit pas être nécessaire mais je peux vous dire que ça aide et je vais vous dire pourquoi ça aide ; parce que vos interlocuteurs ne peuvent pas vous raconter n'importe quoi. Le directeur médical me dit « on a la chance d'avoir le profil que tu as parce que tu comprends ce qu'on dit »

Les autres médiateurs santé n'ont pas nécessairement votre parcours ?

Absolument pas, tous les médiateurs ne sont pas infirmiers à la base ; il y a des psychologues, des assistants sociaux, toute sorte de profil. Les futurs médiateurs que les institutions sont en train d'engager sont des juristes. Je le répète le « bon » médiateur dépend de sa personnalité, de son investissement mais également de son assertivité

[Retour sommaire](#)

NOTE DE LECTURE

BOYER Oriane (s/s la direction de), *La médiation professionnelle dans le management hospitalier. Pratique de la qualité relationnelle à l'hôpital*, Sauramps médical, 2017, 134p.

Par Jean Pierre BONAFE- SCHMITT

Ils ne sont pas si nombreux les ouvrages sur la médiation dans le domaine de la santé surtout si l'on se réfère au nombre de publications en matière de médiation familiale, pénale ou encore d'entreprise. Il s'agit d'un ouvrage collectif avec les contributions de cinq professionnels de la santé dont la quasi-totalité a été formée à la médiation par l'Ecole Professionnelle de la Médiation et de la Négociation (EPMN), une structure de formation dirigée par Jean-Louis Lascoux qui en préface aussi l'ouvrage.

L'écriture collective est un exercice difficile et cet ouvrage en est l'illustration, car il est difficile parfois de faire le lien entre les deux premières parties et le thème même de l'ouvrage portant sur ce que les auteurs appellent la « *médiation professionnelle* » et la « *qualité relationnelle* ». En effet, il faut attendre les deux dernières parties pour avoir une définition de ces deux notions, qui sont les marques de fabrique de l'EPMN, mais sans aucune démonstration sur le terrain de leur déclinaison concrète dans les deux premières parties sauf à travers deux rapides exemples (p. 55 et p.58). Si l'on se réfère à la notion d'« *ingénierie relationnelle* » mentionnée par Jean-Louis Lascoux dans la préface, on peut considérer que ces deux premières parties ont pour but de dresser un état des lieux de la situation dans les établissements de santé. C'est notamment le cas de la partie 1 intitulée « *Comprendre les enjeux. Un état des lieux du milieu hospitalier sous l'angle de la qualité relationnelle* » et qui souligne d'une manière assez bien documentée avec de nombreux renvois sous forme de code QR que « *l'hôpital est un microcosme complexe ou s'organisent et s'érigent différents pouvoirs : administratif, médical, soignant, syndical, associatif et politique* » (p.21). Selon les auteurs, cette complexité explique que les relations soient marquées par « *différents postulats, mythes, croyances, parfois contradictoires, véhiculés par les uns ou les autres* » (p.21). Pour illustrer ceci, les auteurs ont pris comme exemple le secteur psychiatrique, qui se caractérise par une prise en charge sectorisée des patients par de multiples acteurs. Ils soulignent qu'il existe un profond malaise chez les professionnels de ce secteur, qui n'est pas véritablement pris en compte par les autorités de santé.

La partie 2 est consacrée à une analyse du cadre juridique des relations de travail en milieu hospitalier avec des considérations sur la « *santé et la sécurité au travail* », le « *stress et le harcèlement au travail* » et une critique justifiée de « *la médiation dans la santé publique* ». Sur ce dernier point on ne peut que partager le point de vue des auteurs lorsqu'ils soulignent que c'est « *un concept mal défini* » avec des « *approches hétéroclites* » (p.69) comme ils le montrent dans leur analyse des processus de médiation au sein des commissions des usagers (CDU/CRU-PC) ou des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation (CRCII).

Il faut attendre les parties 3 et 4 pour vraiment appréhender ce qu'est la « *médiation professionnelle* » et la « *qualité relationnelle* » en milieu hospitalier avec un titre alléchant « *Promouvoir un management éthique. Les fondamentaux de la médiation professionnelle et de la qualité relationnelle* » (p.79). Sur le plan de la forme, cette répétition de ces deux notions d'une manière quasi incantatoire tout au long de l'ouvrage s'apparente à une sorte de « *matraquage conceptuel* » ce qui en dessert le contenu. On peut aussi regretter que dans la bibliographie ne figurent pas d'ouvrages ou articles sur la médiation dans le domaine de la santé, à l'exception de ceux de la mouvance de l'EPMN, mais cet oubli sera sûrement réparé dans une prochaine édition. C'est dans cette partie 3 que les auteurs abordent cette fameuse « *qualité relationnelle* » en la définissant comme une posture visant à reconnaître à l'autre : « *la légitimité du point de vue ; la bonne intention centrée sur soi, la maladresse* » (p.84). On aurait pu s'attendre à un plus long développement (seulement deux pages) et, surtout, on ne peut qu'être déçu de la pauvreté conceptuelle de cette notion de « *qualité relationnelle* » qui n'apporte rien de nouveau, si ce n'est de s'inscrire dans l'air du temps comme ces blogs ou formations sur la « *qualité relationnelle* ». Dans le même sens, la présentation des méthodes et des outils dits « *directement opérationnels* » de communication aux dénominations très jargonnantes comme la technique intitulée « *éléments discursifs fondés sur un triptyque « faits-conséquences-ressentis »* ou encore la « *pratique de l'altéro-centrage* » (p.88) ne permettent pas de se rendre compte de l'apport de ces techniques dans la

gestion des relations sociales au sein des établissements hospitaliers. Dans cette partie 3, c'est le chapitre 8 intitulé « *Le dispositif de médiation professionnelle internalisé (DMPI)* » qui m'est apparu le plus intéressant dans la mesure où il donne des pistes pour la mise en place d'un dispositif de médiation dans un établissement hospitalier et peut s'apparenter à une forme, de ce j'appelle, l'ingénierie de médiation. Comme l'indiquent les auteurs, la mise en place d'un dispositif de médiation implique « *des transformations culturelles importantes* » (p.101) car la médiation dans nos sociétés relève d'une contre-culture et suscite de nombreuses résistances de la part des acteurs, ce qui implique une préparation en amont de sa mise en œuvre. Il convient donc de les anticiper, comme le montrent les auteurs, en élaborant des conventions d'intervention, en faisant un énorme travail de communication interne, et en articulant médiation interne et externe pour créer un climat de confiance. Il est dommage que pour illustrer ce travail d'ingénierie, les auteurs n'aient pas multiplié les cas concrets car on ne trouve qu'un cas tiré d'une expérience en Suisse.

HAMIDI Rabia, *Médiation familiale et santé publique*, Editions ASH, 2018, 152 p., 18€

Jean-Pierre BONAFE-SCHMITT

A la différence de certains ouvrages sur la médiation qui reprennent souvent l'analyse d'une pratique professionnelle, celui-ci est issu d'une thèse de médiation soutenue à l'université de Murcie en Espagne, ce qui tend à démontrer que la médiation devient aussi un objet de recherche et qu'elle s'institutionnalise d'une certaine manière dans le domaine académique. Les thèses en médiation sont si peu nombreuses qu'il convenait de le souligner tout en espérant que le développement des masters de médiation suscitera aussi des vocations chez les étudiants, à l'image de Rabia Hamidi, pour approfondir les connaissances sur ce phénomène que constitue la médiation.

L'auteure a intitulé son ouvrage « *médiation familiale et santé publique* », ce titre n'est pas neutre et surtout dans un champ en construction, comme celui de la médiation ; En effet, l'ouvrage traite d'une conflictualité particulière, celle « *des conflits internes touchant le groupe familial de la personne malade de tout âge, ainsi que sur les relations entre ceux-ci et les professionnels de santé dans les soins préventifs, curatifs et palliatifs et d'autre part, sur leurs influences quant aux prises en charge familiale et institutionnelle* » (p.22). A partir de cette définition, on pourrait se poser la question de savoir s'il s'agit d'une médiation familiale ou d'une médiation dite de santé ? En d'autres termes, est-ce que la gestion de ce type de conflictualité relève de l'intervention d'un médiateur familial ou d'un médiateur du domaine de la santé ? L'auteure, qui est aussi titulaire d'un DEMF (diplôme d'Etat de médiateur familial), ne répond pas directement à cette question, mais souligne qu'il s'agit d'une nouvelle « *spécialisation* » faisant « *appel à une appropriation de nouveaux concepts, de théories, de compétences méthodologiques et de techniques propres au domaine* » (p.22). Cette interrogation n'est pas purement académique, car elle pose en filigrane la question de la définition de l'identité professionnelle de ce médiateur qui intervient à la frontière de ce que l'on appelle la médiation familiale et la médiation dans le domaine de la santé. En effet, en matière de formation, on peut se poser la question de savoir si ces médiateurs doivent suivre le cursus de médiation familiale ou celui de la santé et, plus généralement, s'ils doivent être rattachés ou affiliés aux organisations de médiation familiale ou de la santé ? Il est vrai que le débat reste ouvert en raison de la nouveauté de ce champ d'intervention et qu'il n'existe pas encore de monopole d'intervention des médiateurs dans un champ déterminé y compris pour les médiateurs familiaux titulaires d'un diplôme d'Etat.

Ce propos liminaire étant fait, il convient de revenir sur le contenu même de l'ouvrage qui débute, dans la partie introductive, par une présentation assez originale des modes de gestion des conflits en distinguant les conflits entre individus et ceux interne à ces derniers. Et pour les seconds, l'auteur présente les différents traitements thérapeutiques des conflits intrapsychiques comme la psychothérapie, la psychiatrie... y compris ce qu'elle considère comme un outil clinique : « *la médiation thérapeutique* » (p.29).

Un des intérêts du premier chapitre, intitulé « *comprendre les conflits dans la famille de la personne vulnérable* », est de souligner que l'évolution « *des progrès médicaux et technologiques, des droits du patient et la présence de la famille multiforme et multigénérationnelle dans le parcours de soins engendre des conflits aux formes nouvelles dans la prise en charge au domicile et en institution* » (p.35). Selon elle, ces nouveaux conflits sont liés aussi bien au « *vieillesse difficile* », à la « *dépendance* » à la « *maladie chronique*, ce qui entraîne ce qu'elle appelle un « *nous conflictuel* » dans la prise en charge par la famille du parent en situation de vulnérabilité. En effet, dans le domaine de la santé, les conflits ne se limitent pas aux seules institutions de santé, mais ils se

développent aussi dans un autre espace celui du domicile de la personne malade/vulnérable en raison des politiques de maintien à domicile. Le domicile de la personne soignée devient ainsi le réceptacle, un nouvel espace d'éclosion de conflits entre et au sein de la famille et les professionnels de la santé à propos des modalités de prise en charge et des prises de décision dans les traitements de la personne vulnérable.

Après avoir décrit les lieux, Rabia Hamidi, revient sur ce « *nous conflictuel* » dans un second chapitre, en mettant en scène les différents acteurs familiaux et surtout en montrant la recomposition des relations et des responsabilités familiales au cours de ces dernières décennies, avec l'émergence de ce que l'on appelle les « *aidants familiaux* » dans la prise en charge des personnes vulnérables. Ces aidants sont multiples, allant du conjoint, aux parents et même aux grands-parents, ce qui ne va pas sans poser de problème, comme le prouve le projet de loi en discussion sur la reconnaissance d'un statut de ces aidants familiaux.

Dans les deux derniers chapitres, l'auteure nous livre sa conception de la médiation familiale dans le domaine la santé. On peut regretter le titre du chapitre 3 intitulé « *la médiation familiale dans la santé publique* » qui laisserait à penser que la médiation ne s'appliquerait qu'au domaine de la santé publique, c'est-à-dire aux institutions de santé et laissant de côté ce qui se passe au domicile de la personne vulnérable. En effet, comme elle a bien dénommé, l'espace d'intervention du médiateur se situe autour du « *lit confluent* » de la personne vulnérable, que ce soit dans une institution de santé ou à son domicile. Ce concept de « *lit confluent* » reflète bien le rôle du médiateur qui doit créer un cadre pour favoriser la « *confluence des aides* » qu'elles soient familiales ou de la part des professionnels de santé. Il se doit d'aider les médiés à créer les conditions pour favoriser la confluence de ces aides, pour permettre à chacun des acteurs familiaux et de santé de trouver leur place et de coordonner leurs actions pour assurer une bonne prise en charge de la personne vulnérable. Dans ce sens, la médiation s'apparente à un véritable processus à la fois de reconnaissance et d'apprentissage des rôles de chacun, ce qui ne peut se faire en un temps limité, mais nécessite une certaine temporalité. En effet, tout le travail du médiateur sera, comme le souligne l'auteur en citant J. Habermas, de mettre en œuvre un processus reposant sur « *l'éthique de la discussion* » permettant à chacun de reconnaître le rôle de l'autre sur la base d'un dialogue constructif visant à « *l'intercompréhension* » (p.75). C'est à partir de cette conception de l'action du médiateur qui s'apparente plus à un « *agir communicationnel* » pour reprendre la terminologie de J. Habermas, qu'à celle d'un expert de la santé comme bon nombre de médiateurs actuels, que les parties, aidants familiaux et professionnels de la santé, pourront redéfinir mutuellement les modalités de prise en charge de la personne vulnérable, mais aussi faire preuve de créativité dans la gestion des rôles et des liens entre eux. Toutefois, on peut regretter que dans le cadre de ce chapitre, Rabia Hamidi qui est pourtant une praticienne de la médiation, n'ait pas abordé une des questions spécifiques à ce type de médiation, qui est celle de la gestion de l'asymétrie de pouvoir par le médiateur entre le soigné et le soignant ou encore entre la famille et les professionnels de la santé.

Pour développer ce type de médiation, l'auteur nous donne des clefs dans le dernier chapitre consacré à la mise en œuvre d'un processus de médiation dans ce contexte particulier touchant à la fois le domaine familial et celui de la santé. Elle dresse tout d'abord « *le cadre du déroulement du processus* » (p.83) et dans la construction de ce chapitre, on peut regretter que l'auteure ait fait le choix de dissocier les développements théoriques et les cas pratiques présentés à la fin de celui-ci. En effet, l'intégration de ces cas dans la présentation des différentes phases du déroulement de la médiation aurait pu non seulement illustrer d'une manière pratique et vivante celles-ci, mais aussi montrer les spécificités des processus de médiation en fonction de la nature des cas pris en charge. En effet, on peut comprendre que le processus puisse être différent, s'il s'agit d'une médiation interindividuelle opposant, par exemple, un soigné à un soignant, où de la mise en œuvre d'une médiation collective ou de groupe comme dans le cas d'un conflit entre le soigné et les proches familiaux ou encore ces derniers avec une équipe médicale. Dans ces derniers cas, il peut être difficile pour le ou les médiateurs d'identifier clairement la demande, ce qui pourrait impliquer le choix d'entretiens préalables avec les différents acteurs. Ce temps d'écoute ne doit pas être négligé car, comme le rappelle l'auteure, il permet de favoriser la création « *d'un climat bienveillant* » et d'une « *relation de confiance* » avec le ou les médiateurs mais aussi de vaincre leurs résistances à participer au processus de médiation (p.92).

C'est après ce travail préalable d'identification des demandes que l'auteure préconise ce qu'elle dénomme « *la rencontre raisonnée de la médiation* » (p.93). Rabia Hamidi ne définit pas cette notion de « *rencontre raisonnée* », mais on peut supposer qu'elle fait référence à la « *négociation raisonnée* » de W. Ury et R. Fischer. Mais cette notion de « *rencontre raisonnée* » ne me paraît pas appropriée pour la médiation, car elle fait trop appel à une approche de type économique avec des acteurs rationnels poursuivant des intérêts et arrivant à un résultat « *gagnant-gagnant* ». Il aurait été

préférable d'utiliser une terminologie plus appropriée et relevant plus du registre communicationnel comme une « *rencontre compréhensive* ». De plus, l'intégration des cas présentés en fin de chapitre, dans ce développement sur les rencontres de médiation aurait permis de mieux cerner la spécificité de ce processus de médiation.

Malgré ces critiques, on ne peut que conseiller la lecture de cet ouvrage qui est à la fois très pratique et vivant et illustre bien la spécificité du processus de médiation dans ce champ nouveau situé à l'intersection de la famille

Truelle Jean-Luc, Azoux-Bacrie Laurence, Meralli-Ballou Monot Shabname, Cohen Solal Henri, Médiation & Santé un nouveau droit de l'homme, éditions François Baudez, 2018, 266 pages,

Par Jean Louis Rivaux,
médiateur.

Ouvrage à quatre mains donc, par des auteurs de formations et de professions différentes, qui ont en commun d'être des praticiens de la médiation dans le domaine de la santé.

Quant au lecteur, ce qui le frappe au premier coup d'œil, c'est la clarté de la présentation et le caractère pédagogique de chacun des quatre chapitres: présentation de l'auteur, exposé du thème abordé (suivi d'un résumé), et, enfin, ce ton vif et alerte qui nous préserve du jargon que l'on rencontre trop souvent dans ce genre de publication. Comble de bonheur, on trouve, en fin d'ouvrage, un glossaire, une bonne bibliographie, et un répertoire des contacts utiles. Un sommaire remplace la traditionnelle table des matières.

L'introduction, par Dominique Bourguine, Président de l'association ADEF-Résidence (pour personnes âgées et handicapées) attire, d'emblée, l'attention sur deux des paradoxes de la médiation dans le cadre de la santé :

Comment « *des personnes vulnérables* » peuvent-elles entrer en médiation avec des représentants de l'institution, en particulier avec des administratifs, des médecins, des directeurs de ressources humaines, alors que la distance (entre les parties) est renforcée par la vulnérabilité même de l'une et puissance présumée de l'autre ?

Comment le médiateur, dans un tel contexte, ne serait-il pas tenté de se « *substituer* » à la personne vulnérable ?

La première partie est l'œuvre de **Jean-Luc Truelle**, médecin, professeur de neurologie, et, depuis 2007, médiateur et enseignant à l'Ifomène (Institut de formation à la médiation et à la négociation). Les premières pages s'intéressent au contexte français, en s'appuyant sur un triple constat :

La médecine scientifique, telle qu'elle est actuellement pratiquée, ne laisse pas une place suffisante à « *la médecine du sujet* » (page 27) ?

La médecine actuelle se pose en termes d'offre et, pas assez souvent, en termes de réponse aux « *besoins des usagers* ».

Les autres dimensions (psychologique et sociale) sont écartées au profit du « *seul plan biologique* ».

Il est donc difficile d'établir, s'il en est ainsi, « *l'alliance thérapeutique* » entre les parties, dit l'auteur, qui insiste ensuite sur l'utilité des neurosciences en médiation pour sortir de l'agressivité (cerveau reptilien) afin que l'échange s'établisse entre les parties, d'autant qu'entrent également en jeu « *les neurones miroirs* » et « *le lobe frontal* ». Les neurosciences, précise Jean-Luc Truelle, ont bien leur place, à côté des sciences humaines, au cours du processus de médiation : elles vont aider à comprendre le stress et à l'abaisser, pour parvenir plus facilement au « *point de bascule* ».

Néanmoins, le médiateur, qu'il voit comme nécessairement issu du milieu médical ou judiciaire, est avant tout un médiateur qui suit les processus classiques de la médiation (qu'il rappelle), face au « *patient-plaignant vulnérable* » (page 52).

De nombreux exemples sont présentés souvent tirés de son expérience dans les Ehpad (Etablissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes), où l'auteur a réalisé la plupart de ses médiations qui portent sur les thèmes suivants : défauts de communication, erreur thérapeutique, harcèlement, discrimination, risques psychosociaux (page 58).

Le premier exemple est celui d'une médiation entre un handicapé et le directeur du magasin où il est employé, le deuxième exemple est tiré d'une médiation entre médecins conseil pour une affaire d'assurances, enfin une longue réflexion sur l'affaire Lambert (« *la médiation oubliée* », dit-il, comme si, pour la Justice, les différents membres de la famille n'existaient pas, affaire qui continue, après dix ans de procédure, au moment de la rédaction de ces notes de lecture.

Cette première partie se clôt sur un constat un peu désabusé : la médiation de la santé est encore mal connue, ce qui ouvre le champ à une comparaison avec la pratique que l'on connaît dans d'autres pays. Un protocole d'accord, adapté à ce type de médiation fait suite à un excellent résumé de cette première approche de la question.

On doit la deuxième partie intitulée « *la médiation en bioéthique* » à **Laurence Azoux-Bacrie**, avocat, médiateur, docteur en bioéthique, venue à la médiation à la suite d'une situation conflictuelle rencontrée à l'occasion d'une opération chirurgicale concernant sa fille.

Pour elle aussi, c'est à partir de la prise en compte de la « *situation de vulnérabilité* » d'une des parties que s'est développée la bioéthique ; aussi, les fondements juridiques qui ont permis sa naissance, sont-ils très longuement exposés. Citons, entre autres :

Le décret du 15 mai 1981 qui crée « *les conciliateurs médicaux* ».

La loi Kouchner de 2002 qui rappelle : « *rendu vulnérable par la maladie, il (le patient) bénéficie de la garantie des droits de l'homme* ».

Le décret du 1^{er} juin 2016 qui ouvre la porte au médiateur dans « *la commission des usagers des établissements de santé* ».

La loi du 26 janvier 2016 qui permet les actions de groupe en matière de santé » (page 114).

Parmi les textes non contraignants, « *la déclaration universelle des droits de l'homme* » du 10 décembre 1948, et la « *déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme* », du 19 octobre 2005.

L'auteur retire de ces textes des concepts fondamentaux pour la médiation de la santé : « *le consentement des parties* » et ses conditions, le respect de la dignité qui est un droit de l'homme, et nous aide à comprendre ce type de situation par une belle formule : « *la dignité construit, la maladie détruit* ».

Voici quelques exemples de médiation proposés au lecteur :

Une erreur en chirurgie esthétique,

La présence d'étudiants en médecine dans la salle d'accouchement, sans le consentement de la parturiente,

L'identification de « *l'interlocuteur médical* » dans une équipe d'un centre anti-cancer,

Une réflexion sur l'affaire Lambert, dont la conclusion est proche de celle de Jean-Luc Truelle : dix ans de procédure judiciaire, pas de solution.

C'est par le biais de la bioéthique que « *la violence faite aux femmes* » (page 140) est étudiée puisqu'elle a des conséquences sur « *l'intégrité physique, la protection de la vie, la dignité des personnes* », même si l'auteur reste prudent sur l'usage de la médiation dans ce type de cas.

Quoi qu'il en soit, l'auteur, dans les dernières lignes de son intervention, ne cache pas son impatience devant la situation actuelle : « *la médiation de santé reste à un stade artisanal* ».

Et plus loin : « *...L'évolution des lois et des jurisprudences –internationales et française – sur les droits de l'homme et la bioéthique, a montré les limites de la loi et a conduit à trouver une place à la médiation, pour résoudre, de manière éthique, des situations individuelles que la loi, dans sa généralité, ne peut résoudre* ».

On ne saurait mieux résumer la problématique de cet ouvrage.

La troisième partie, par **Shabname Meralli-Ballou Monot**, juriste, conseil d'entreprise, médiatrice et formatrice à l'Ifomène, est présentée à travers le prisme de sa propre « *pratique constante de la médiation judiciaire et conventionnelle* ». Les centres d'intérêt sont pour elle : la discrimination, le harcèlement sexuel et le harcèlement moral.

Un rappel des textes de loi y afférents débute cette troisième partie avec la loi du 27 mai 2008 qui énumère les 25 « *critères prohibés de discrimination* » (page 172), les articles du code du travail concernant le harcèlement sexuel (1152-1) et le harcèlement moral (1142-2-1). La médiation y trouve sa place (article L122-54), en relation avec « *la souffrance et la maladie* » et avec « *la restauration du respect de la dignité du salarié* » (page 177).

Comment, sur ces trois thèmes, le médiateur peut-il garder la posture de médiation, en particulier l'impartialité, d'autant que « *l'asymétrie des places* » entre les parties, est particulièrement élevée s'interroge l'auteur qui rappelle, à son tour, comme précédemment Jean-Luc Truelle « *la méthodologie structurée du processus de médiation* » tout comme le caractère singulier de chaque médiation.

Les exemples donnés sont choisis pour faire ressortir la dimension éthique de ce type de médiation.

Le premier cas concerne des personnes qui ont saisi la HALDE (Haute Autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité) : Madame K. se sent discriminée « *en fonction de son handicap* », après avoir été classée au taux de handicap de 80%, elle retourne travailler dans son entreprise où, lui dit-on, il n'y a plus de place pour elle, et la paie « *pour rester à la maison* ». Elle y voit une atteinte

à sa dignité, et dégage des besoins et des attentes dès le premier entretien de médiation. Après avoir eu un entretien avec l'autre partie, trois rencontres plénières seront nécessaires pour aboutir à un accord : « rencontre d'humanité », « climat de sincérité », tels sont les mots utilisés pour rendre compte de cette médiation.

Le deuxième cas est une médiation judiciaire, encore une fois dans le monde du travail : Madame C. en poste depuis 25 ans dans un groupe de restauration de luxe où elle exerce les fonctions de Directrice des achats, est menacée de licenciement, après un arrêt maladie de trois ans (cancer du sein), pour « réorganisation de son service ». Elle y voit une discrimination. Madame C. trouvera une solution en dehors de l'entreprise, mais avec le soutien de cette dernière.

Les deux cas suivants traitent d'affaires de harcèlement moral, dans une maison d'accueil spécialisée et d'un harcèlement sexuel sont traités en médiation conventionnelle.

Retenons de cette troisième partie cette phrase qui aide à comprendre les spécificités de la médiation de santé : « *La médiation est un espace de réminiscence des valeurs fondamentales – ancrées, concrètes et actives dans un Etat de droit – que le médiateur fait émerger grâce à sa posture de tiers impartial, indépendant et qualifié* ».

Le dernier chapitre revient à **Henri Cohen Solal**, psychanalyste, médiateur, enseignant, écrivain, qui traite de « *la médiation entre le corps et l'esprit* ». Le « *corps biologique* » est pour lui l'objet de la guérison, mais il s'interroge pourtant sur la place de la « *psyché* » par rapport au « *somma* » et la place que doit trouver dans la médiation de la santé « *l'espace aleph* » (lettre par elle-même sans valeur phonétique), espace neutre, lieu « *intermédiaire entre deux sujets* », créateur de « passerelle » ; c'est cette idée de passerelle qui amène Henri Cohen Solal à faire une place dans son rôle de médiateur à la psychanalyse, qui ouvre des liaisons entre « *le corps et l'esprit, le normal et le pathologique, l'individu et le collectif* ». Le médiateur, comme le psychanalyste, se veut dépourvu de préjugés, disposés à l'écoute, reconnaissant la place du sujet, ainsi que l'existence d'une « *dose d'affect* » dans tout conflit. L'objectif restant toujours de « *protéger la santé* » (page 207).

Trois exemples seront donnés : le premier étudie ce que peut devenir le travail de médiation dans le cadre de la prévention du sida : protéger la vie, bien sûr, mais aussi protéger l'anonymat... Le deuxième cas, celui d'un jeune homme prénommé Avi, est un cas limite en ce qui concerne la médiation, puisqu'il s'agit d'une « *médiation psychothérapeutique* » entre le médié et le « *médiateur/médecin* ». Le troisième cas, celui d'une jeune fille anorexique est proche du cas précédent.

L'auteur attire également notre attention sur le phénomène de la somatisation (qui est vu comme une façon de « *dire* » pour le médié) et le problème du trauma qui est « *une pièce maîtresse dans le traitement du conflit. Il confronte la source sociale de la difficulté de vivre, l'entreprise, l'école... avec celui qui se plaint de la subir et d'en être malade* » (page 228).

Une formation spécifique pour devenir médiateur de la santé semble donc tout à fait nécessaire à l'auteur.

Pour terminer, il rappellera les différentes formes de médiation utiles pour la médiation de la santé : « *la médiation intégrative* », centrée sur la personne.

La « *médiation psychosomatique* » qui s'intéresse aux conflits entre le corps et l'esprit,

La médiation institutionnelle et juridique (celle des trois premiers chapitres de l'ouvrage).

Un œil critique devrait s'étonner, voire se scandaliser, en découvrant qu'on ne trouve nulle part dans ce livre de définition de la santé ; en ce qui me concerne, cette absence de définition ne m'a pas traumatisé : les définitions de la santé sont non seulement variables, elles sont parfois contradictoires.

Nos auteurs s'attachent à l'objet qui les intéresse dans son rapport avec la médiation, c'est-à-dire, le corps souffrant de la maladie, des maux de l'âge, du handicap (lui-même cause douloureuse de discrimination), de somatisation, de souffrance au travail, de détresse due au harcèlement ou encore de l'emprise des drogues tant sur le corps lui-même que sur l'esprit.

Tous, également, s'accordent sur un caractère fondamental : la vulnérabilité de l'une des parties (vue, dans la préface de l'ouvrage, comme un paradoxe de la médiation de la santé).

Ils répondent, enfin, à la question que chacun peut se poser sur la place du médiateur dans cette situation conflictuelle très particulière, en explorant leur pratique de médiateur dans ce type de cas, pour montrer comment une personne vulnérable peut devenir ou redevenir acteur de sa santé, alors même qu'à cause de sa vulnérabilité elle « *bénéficie de la garantie des droits de l'homme* ». (Page 106).

Cependant, quelques aspects auraient mérité un traitement beaucoup plus approfondi, par exemple, le fait que dans les médiations de la santé, la grande majorité des cas oppose une personne physique (vulnérable) à une personne morale (Institution). Il y a là un terrain d'étude et de réflexion qui est laissé de côté, non seulement dans le cas de la médiation de santé, mais dans bien d'autres types de médiation... C'était pourtant une occasion rêvée de s'en saisir.

De même, d'après les cas pratiques de médiation proposés, on distingue mal ce qui relève du code de la consommation, comme un conflit avec le management, du code de la santé, comme un conflit avec un « professionnel de la santé », du code du travail, et même du code de l'action sociale et de la famille. Cela mériterait d'être souligné, puisque c'est une difficulté supplémentaire dans la formation des médiateurs de la santé, difficulté passée sous silence.

Quant à l'éthique elle est vue comme le fondement de la médiation dans le domaine de la santé ; et, dès le début, le docteur Truelle dégage une ligne directrice qui éclaire la suite de l'ouvrage : « Permettez-moi une approche du droit, qui fait place à l'éthique, laquelle est l'essence de la médiation » (page 49).

Laurence Azoux-Bacrie, de son côté, se réfère à l'éthique par le biais de la « dignité » (détruite par la maladie). Pour elle, « la dignité n'est plus une qualité de l'homme, mais un droit de l'homme. Elle fait partie intégrante de la substance des droits fondamentaux, sous l'aspect éthique, juridique et médical ».

Shabname Méralli-Ballou Monot voit, elle aussi, l'éthique à travers la notion de dignité, ou plus exactement du « respect de la dignité...du salarié ».

Enfin, Henri Cohen-Solal, qui est psychanalyste, s'écarte quelque peu de cette idée, lui préférant « la souffrance affective du sujet blessé » (page 244).

L'éthique, vu ce qui précède, apparaît comme un concept polysémique ; Précisons :

-traditionnellement, ce mot est traduit en latin par « mores », dont avons tiré les mots « mœurs » et « morale » (contrairement à ce qui est dit page 253).

-Philosophiquement, Aristote la décrit ainsi : « Telle est la nature de l'équitable : c'est d'être un correctif à la loi » (citation du Docteur Truelle, que nous remercions, au passage, de nous rappeler qu'Aristote n'est pas un « mâle, blanc, mort », comme le veut le catéchisme postmoderne). Un petit bémol s'impose pourtant ici : le mot « éthique » est un concept plus large et plus complexe, pour Aristote, que celui qui est proposé ici.

-L'éthique moderne (la nôtre) est celle des innombrables comités d'éthique, avec, à leur tête, le CNCE (conseil national consultatif d'éthique), chargé d'éclairer les choix du législateur sur la finalité et les valeurs.

Quoi qu'il en soit, les liens entre l'éthique, la santé et la médiation sont profonds (chacun des auteurs tente de le montrer, à sa façon).

Ceci dit, il nous reste à mettre en évidence deux points sur lesquels nous ne pouvons que différer :

La médiation, même dans le contexte de la santé, ne peut pas être réduite à un outil comme peut le laisser entendre la phrase du Doyen des médiateurs de l'UNESCO, Georges Kutukdjian (page 160) : « ...en effet, la médiation doit pleinement reconnaître et déclarer que les droits sont bafoués, quand c'est le cas, sans toujours réduire ces violations à des incidents qui peuvent se régler à l'amiable ».

Un outil, si je comprends bien la citation, dont la finalité n'est plus celle de la médiation :

Faut-il rappeler que la médiation refuse délibérément d'entrer dans le triangle de Karpman (victime/bourreau/sauveur), qui est à la médiation ce qu'est le triangle des Bermudes à la navigation ! Il existe une éthique de la santé, comme nous l'avons vu à de nombreuses reprises dans ce qui précède, mais il y a aussi une éthique de la médiation...

L'absence de définition de la santé que nous avons vue précédemment comme une force se révèle, maintenant, comme une faiblesse.

Autre point de désaccord : l'ampleur du champ d'action de la santé, qui, d'une manière ou d'une autre, finit par toucher à toutes les activités humaines. Cette extension du domaine de la santé à l'infini (ses limites n'ont pas été précisées, comme nous l'avons vu précédemment), apparaît ici comme l'une des prémices de cette « vision thérapeutique du monde » - que dénonçait déjà Christopher Lasch - et dans laquelle la médiation ne serait rien d'autre qu'un instrument ?

Au-delà de ces désaccords, il faut rendre justice à ce quatuor de médiateurs qui s'est lancé, avec fougue, dans l'exploration d'un sujet aux thématiques imprécises, changeantes et ambiguës ; elles nous sont pourtant si proches à travers le quotidien de notre humaine condition.

[Retour sommaire](#)

Notes bibliographiques

Médiation dans le domaine de la santé au Luxembourg

- DUBOIS Chr. & VANDENINDEN E. (2017), La mise en œuvre du droit de plainte en Belgique francophone. Observation des processus de médiation en soins de santé, Revue française des affaires sociales, no. 1/2017, p. 79-96.
- EUROPEAN HOSPITAL AND HEALTHCARE FOUNDATION (2012), Mediation in Healthcare, Report, Online: http://www.hope.be/05eventsandpublications/docpublications/91_mediation/91_HOPE_PublicationMediation_December_2012.pdf
- HATTEMER St. B. K., Mediation bei Störung des Arzt-Patient-Verhältnisses, Springer Verlag, 363 p.
- HERTZOG C. (2016), Mediation im Gesundheitswesen – Außergerichtliche Streitbeilegung bei Arzthaftungskonflikten, Recht und Medizin Bamd 124, Peter Lang Verlag, 306 p.
- KAYSER J. (2019), La médiation au Grand-Duché de Luxembourg - Droit, Posture, Technique, Processus & Paysage institutionnel, Larcier Luxembourg, 335 p.
- TUNNESEN B. (2011), Mediation im Gesundheitswesen–Ein Plädoyer für neue Wege und konstruktive Lösungen, Ed. Blombach Anna, 209 p.
- VOLCKRICK E. (2008), Médiation et santé : l'expérience belge, Revue de prévention et de règlement des différends (RPRD), vol. 6, no 1, p. 3-17.

[Retour sommaire](#)



APPEL A CONTRIBUTEURS

Nos prochains champs d'étude sont :

- l'environnement

Si, dans le monde francophone, vous avez :

- Des connaissances sérieuses en ces domaines dans votre pays,
- une analyse fine,
- une compétence pratique,

Faites acte de candidature auprès du comité de rédaction à l'adresse letmed@numericable.fr ou prenez contact avec nos correspondants (cf. encart ci-dessous)



Correspondants

AFRIQUE

DUCASS Alain (energie TIC)

Alain.ducass@mines.org

BELGIQUE

TIMMERMANS Joëlle (Le souffle)

lesouffle@skynet.be

BÉNIN

VIGNON Elvire

elvirevignon@cabinetvignon.net

BRESIL

LOPES Juliano Alves

julianoalveslopes@hotmail.com

CANADA

CHARBONNEAU Serge (EQUIJUSTICE)

scharbonneau@equijustice.ca

ITALIE

PUCCI Emanuela

av.emanuela.pucci1@hotmail.it

LIBAN

KESROUANI Zeina

Zeina.kesrouani@gmail.com

LUXEMBOURG

DEMARET Paul (Centre Médiation)

paul.demaret@mediation.lu

SUISSE

GAY Jean (conflict.ch)

jeanlgay@conflits.ch

[Retour sommaire](#)

La lettre des médiations

Groupe de rédaction

BONAFE-SCHMITT Jean-Pierre
 initiateur de « la Lettre des Médiations »
 BEN MRAD Fathi
 DEMARET Paul
 HOUSTY Françoise
 IMHOOS Christophe
 RIVAUX Jean-Louis
 WICKY Christiane

Correspondants

Ils sont à votre disposition pour vous présenter notre projet de la « Lettre de Médiation » dans le monde francophone
 CF. encart

Participation à ce numéro

SIMON Grégory - coordinateur du numéro
 ALVAREZ-BARANGA Maria-J.
 AUFIERE Pierrette
 BAGLINIERE Laure
 BONAFE-SCHMITT Jean-Pierre
 DUTRIEU Christine
 GAILLET Nadia
 HOUSTY Françoise
 MARMET Thierry
 REGIS Catherine
 SCHWEBAG Mike
 WICKY Christiane

Maquette

PICON Denis

Directeur de publication

BONAFE-SCHMITT Jean-Pierre

Editeur

ISSN non exigé

Contact

Courriel : letmed@numericable.fr

Courrier : J-P BONAFE-SCHMITT- Lettre des Médiations – 10 rue Marc-Antoine Petit - 69002 Lyon - France

La diffusion de la lettre et la reproduction des articles sont permises à la condition de mentionner la source et en l'absence d'utilisation commerciale.

Les numéros sont disponibles sur <https://jpbsmediation.wordpress.com/category/lettre-des-mediations-archives/>

La Lettre de la Médiation est un site de débat et le contenu des articles et opinions exprimées par leurs auteurs ne représentent pas nécessairement celles de « la Lettre des Médiations »

Prochain numéro

LA MEDIATION
 DE L'ENVIRONNEMENT