



HAL
open science

Médiation et conciliation en médecine : solutions et perspectives

Dan Grubain

► **To cite this version:**

Dan Grubain. Médiation et conciliation en médecine : solutions et perspectives. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. hal-01932161

HAL Id: hal-01932161

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932161>

Submitted on 23 Nov 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université de Lorraine

Faculté de médecine de Nancy

2017

THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

le 22 Mai 2017

par

GRUBAIN Dan

Né le 20 mai 1985 à Metz

MEDIATION ET CONCILIATION EN MEDECINE :

SOLUTIONS ET PERSPECTIVES

Examineurs de la thèse

M. le Professeur Y. MARTINET

Président

M. le Professeur C. MEISTELMAN

M. le Professeur M. KLEIN

M. le Docteur P. PETON

Juges



16 février 2017

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Asseseurs :

Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUJEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER
Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT
Vie Facultaire et SIDES : Pr Laure JOLY
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN
Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Dr Chantal KOHLER
Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP
International : Pr Jacques HUBERT

=====
DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER Professeur Henry COUDANE

=====
PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Jean AUQUE - Gérard BARROCHE Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE Gérard DEBRY - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Jean-Claude MARCHAL - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Pierre MONIN Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Pierre BEY - Professeur Serge BRIANÇ
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Alain GERARD - Professeure Michèle KESSLER –
Professeur François KOHLER - Professeur Jacques LECLÈRE - Professeur Alain LE FAOU –
Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ – Professeur Gilles
GROSDIDIER – Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Pierre MONIN -
Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur François PLENAT - Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC -
Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV – Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel
CLAUDON

Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER 2^{ème} sous-
section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur François MARCHAL 4^{ème} sous-
section : (*Nutrition*)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur François ALLA - Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER 3^{ème} sous-
section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur
Frédéric MARCHAL 3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT – Professeure Marie-Thérèse RUBIO 4^{ème} sous-section :
(*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU - Professeur Patrick NETTER

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur

Olivier KLEIN

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE - Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT - Professeur Yves MARTINET

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves

JUILLIERE Professeur Nicolas SADOUL

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY

Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie infantile*)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale*) Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD - Professeur Jean-Luc GEORGE **3^{ème} sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)**

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON

2^{ème} sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Docteure Chantal KOHLER

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Docteur Damien MANDRY - Docteur Pedro TEIXEIRA

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*) Docteure Véronique - DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS (*stagiaire*)

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN (*stagiaire*)

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteure Céline BONNET - Docteur Christophe PHILIPPE

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2^{ème} sous-section : (*Réanimation ; Médecine d'urgence*)

Docteur Antoine KIMMOUN

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

Docteur Nicolas GIRERD

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

3^{ème} sous-section : (*Médecine générale*)

Docteure Elisabeth STEYER

54^{ème} Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-Rhino-Laryngologie*)

Docteur Patrice GALLET

=====
MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^{ème} Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA - Monsieur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Céline HUSELSTEIN - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====
MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Arnaud MASSON – Docteur Cédric BERBE
Docteur Jean-Michel MARTY

=====
DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

A notre Maître et Président de Thèse

Monsieur le Professeur Yves MARTINET,

Professeur de Pneumologie

Chevalier de la Légion d'Honneur

Vous nous faites l'honneur d'accepter la présidence de ce jury de thèse et de juger ce travail et nous vous en remercions.

Nous vous remercions également pour votre disponibilité tout au long de ce travail.

Veillez trouver dans cette thèse le témoignage de notre profond respect.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur Claude MEISTELMAN,

Professeur d'anesthésiologie-réanimation

Vous nous faites l'honneur de juger notre travail et nous vous en remercions.

Nous vous remercions également pour la réactivité avec laquelle vous avez accepté de juger notre travail.

Veillez trouver dans cette thèse l'expression de notre profond respect.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur Marc KLEIN,

Professeur d'Endocrinologie

Vous nous faites l'honneur de juger notre travail et nous vous en remercions.

Nous vous remercions également pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger notre travail.

Veillez trouver dans cette thèse l'expression de notre sincère reconnaissance.

A notre Maître, Juge et Directeur de Thèse

Monsieur le Docteur Patrick PETON,

Chef de Service de l'Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale du Centre Hospitalo-Universitaire de Nancy

*Vous nous avez fait l'honneur d'encadrer et de juger ce travail et nous vous en remercions.
Nous vous remercions pour votre disponibilité, votre réactivité et votre aide tout au long de ce travail.
Veuillez y trouver le signe de notre reconnaissance et de notre respect.*

Aux rencontres professionnelles

Dr André DESEUR

Vice-Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins

Mr Axel BARLERIN

Président de la Commission de Conciliation et d'Indemnisation de Nancy

Mme Aurore PLENAT

Juriste du Centre Hospitalo-Universitaire de Nancy

Mr Loïc RICOUR

Directeur du Pôle Santé du Défenseur des Droits

Mr Alain-Michel CERETTI

Conseiller Santé auprès du Défenseur des Droits

A MA FAMILLE

Môman : merci pour ta présence et ton soutien durant toutes ces années ! Voilà, le jour est arrivé où tu peux vraiment dire que tu as un fils docteur ! Et merci pour ce franc parler qui permet de garder les pieds sur terre, et pour nous avoir toujours encouragés à faire ce qu'on voulait et de nous en avoir donné les moyens. Merci d'avoir gardé mes lego ! Merci d'avoir transformé des photos dans un lieu improbable en une consécration ! Et la liste des remerciements pourrait encore être longue !

Pôpa : à toute cette culture et ces valeurs que tu m'as enseignées ! Toujours disponible pour nous aider (même pour téléphoner à ma place) ! A cet esprit de famille qui t'est cher et que tu nous transmets ! Merci de m'avoir transmis ce côté contemplatif qui fait qu'on peut s'émerveiller de tout ! A cet instant magique dans ce restaurant, après l'ascension de la Soufrière ! Je suis fier d'être ton fils !

Michael : mon petit frère chéri du bout du monde mais qui reste toujours présent chaque jour ! Le plus gentil d'entre nous ! Tu montres à tous que même en étant à cette place du milieu tu vas bien plus loin que nous, sans avoir froid aux yeux ! Change pas tonton (de toute façon à presque 30 ans c'est trop tard) ! Lorie : bon courage, on te le laisse tel qu'il est !

Clara : j'adore ton humour et ta maladresse qui n'est jamais volontaire (bien sûr !), ta culture, ta grâce légendaire, et toutes ces petites choses qui font de toi une personne toujours raffinée, surtout avec tes frères ! Merci pour ton aide précieuse durant la rédaction de la thèse ! Tu seras, j'en suis sûr, une merveilleuse tata ! A Vinvin : qui n'a pas encore fuit loin !

Mado : une grand-mère toujours jeune de corps et d'esprit, qui fait ses propres cascades mais qui se relève toujours ! A tous nos goûters chez Bourguignon, toutes ces balades en montagne (surtout le Zitoré) et toutes ces après-midi au golf de Cherisey !

Papout : il n'y aurait pas eu plus heureux que toi en ce moment et je n'ai pas cessé de penser durant tout ce travail à quel point tu aurais été fier de moi !

Mamie Hélène : merci pour ton soutien et cet amour infini que tu distilles à tous tes petits enfants sans retenue et de nous avoir supporté tous les 3 durant les voyages et les vacances à Cannes !

Don Mauricio : j'admire ce courage d'avoir survécu à tes 3 filles, cette fierté de voir à chaque fois la famille réunie, cette générosité que tu nous fais partager !

Sophie : les mots ne sont pas assez forts pour te dire tout ce que tu as représenté durant ces 3 années de cours, de mémoire, et de thèse mais le résultat se voit aujourd'hui : j'ai fini ! J'adore chaque instant passé à tes côtés et je sais que tous ceux qui nous attendent, même s'il va y avoir beaucoup de changements, n'en seront que meilleurs !

Aux tatas Catherine, Muriel : on est fous mais au moins on le sait ! Merci d'avoir fait de moi un collectionneur de magnets !

Franck : merci d'avoir nourri mon adolescence de geek, je continue tant que je peux à poursuivre cette passion ! Sandra : mon premier amour en robe de mariée ! Raphael et Alexis : deux géants !

A tous les Gros Couz : Alex, Cécile, Mia, Anne-Laure, Benjamin, Sarah Lou. A tous ces Noël et ces fêtes de famille qui nous réunissent ! C'est beau de nous voir grandir !

A Joanna : une 2^e mère qui a su supporter beaucoup de caprices de gosses et d'adolescents, qui nous a apporté beaucoup, qui nous a tant (trop) gâtés, et que j'aimerai toujours comme une mère ! A Carlos et Ophélie : prochaine étape Europa Park !

A Sien sien (aussi folle que ses maitres !)

A toute la famille : les Grubain, les Moreau, les Roseblum, les Alembik

A tous ceux qui ont vu grandir le veau sous la mère : les Cousin (Éric, Véro (à tous ces youyous un peu gênants), Mathieu, Claire et le prince du Luxembourg), les Vrain (Hélène, Bruno, Hugo, Lou) !

Les Meyer : Baptou : pour tous ces coups de cloches à 7h du matin ! Chloé : merci encore de m'avoir fait tomber de vélo ! Francis : merci pour la relecture et les répétitions de soutenance et Isabelle : merci pour tous ces plats qui sauvent mon régime !

AUX AMIS

Les Brunés :

Laurianne : du haut des tours du WTC au fin fond du McDo de Stockholm, la moitié d'une vie à tes cotés et encore beaucoup d'autres années à venir avec la descendance, j'ai hâte de voir la suite de tout ça mon amie ! Loulou : ta tenue d'alcool n'a d'égale que ton niveau de coinche ! Arthur : Heinrich c'est mieux quand même !

Martin : nos cubes nous ont sauvé la vie, regarde où nous en sommes après toute ces années, quelle réussite (virtuelle) ! Anne-Lise : c'est toi la meilleure, t'arrives à gérer Martin (parfois un peu moins les soirées !). Emma et Antoine : s'il vous plait, prenez exemple sur vos parents, surtout maman !

Anne-Laure : trop d'anecdotes à se remémorer avec toi ; la meilleure : notre rencontre sur cette place en face de la tg, car c'est là que tout a commencé, et merci encore d'avoir joué le rôle de l'agence matrimoniale ! Greg : sans toi (et sans le beaujolais) qui sait où je serais !

Tom-tom : mon partenaire à la vie, autant à la coinche que jadis en surf sur les pistes ! J'espère que notre descendance fera un duo aussi invincible que nous ! Lorraine : pour avoir fait de moi une Sailor Moon sans jupe ce soir de week-end d'intégration ! Léonie : plus tard tu feras comme papa, joueur de coinche !

Léa : merci d'avoir accueilli toutes ces soirées dans cet appart où on a fait les meilleures soirées déguisées ! Merci aussi pour les spectacles de danse ! Et à cette phrase Corse entrée dans l'histoire des vacances !

Mickael : alors tu nous couches ce soir ? où alors demain ? Le meilleur, toujours partant pour faire une soirée le lendemain de la soirée ! A Marion et Victoire : j'espère que la relève sera meilleure !

Julie : à ce CRIT où tu as pu montrer à tous ce style de ski inimitable, et toutes ces folies que tu as faites durant nos soirées (j'aime beaucoup la promenade en poubelle !) Florian : tu n'as pas choisi le bon camp, mais les eunuques sauront t'accueillir dans la défaite !

Clarisse : pour toutes ces danses endiablées, pour nous avoir fait aimer « Ma philosophie », et nous avoir montré la Clarisse déchainée ! David : ton saucisson et tes rillettes sont trop bons ! Camille : soit meilleur que ton père !

Saïd : pour tous ces pas de danse mythiques, dont je n'aurai jamais réussi à en reproduire un seul ! Manu : en section rap, j'espère que j'aurai toujours le dessus au blind test !

Solène : la baronnie, la spécialiste du roquefort qui nous a fait découvrir ce monument Lorrain que sont les cascades de Tendon !

Frankie : tu auras réussi à passer ta thèse avant moi !

Les Débiles

Marie : toutes ces années en tant que voisin m'auront fait essayer plusieurs métiers et me laissent les meilleurs souvenirs de mes années de médecine (pour rappel j'ai fait dogsitter, réceptionneur de courses, hôtelier, videomaker !)

Laeti : membre fondateur du fat ass crew, mon meilleur public pour les vanes foireuses, ma collègue de coinche (même si parfois on ne se comprenait pas toujours) Yann : courage, Laeti s'améliore avec le temps ! Loucas : reste toujours le même boutchi boutch !

Juliette : ma première étoile, mes premières vibrations dans ma vie d'étudiant en médecine, je reste à jamais ton Dangentdetoillettebeatboygrapheur... ! Charlix : la plus forte de tous !

Naco : des choses me manquent : se ganker, manger 3 fois par jour des bretzels, les SOS mémoires post Berthom, tester des cartes graphiques (j'ai peeeeeuuurrr), Rambo, Nomormaté.... Y faut vraiment qu'on retrouve une date !

Pipou : alias Professeur Pierre Hirtz, qui accueille les gens dans le besoin d'internet, un ilot de sagesse au milieu d'un océan de débilité ! Et à ce festival d'Angoulême qu'on fera forcément un jour !

Jejex : incomparable et unique, le tôleier ! Toujours partant pour boire un coup, la main sur le cœur, le regard pas toujours droit, des histoires toujours romantiques, et enfin la personne sur qui on peut toujours compter !

Les Pédiats

Geoffrey : merci d'avoir récupéré mon petit bout de doigt dans les courgettes et de m'avoir soutenu durant mon malaise vagal !

Meryl : à ce stage de pédiat qui restera autant pour toi que pour moi le meilleur des stages d'internat (on te l'avait dit !) ; Clément : toujours prêt à nous sortir ses meilleures bouteilles et elles le sont !

Sam : il a fallu toutes ces années de médecine pour te rencontrer lors de notre dernier stage hospitalier, et la rencontre n'en fut que plus belle ! Dorothée : j'aimerais tellement faire les mêmes crêpes que toi !

Les Anciens

Thomas : si on m'avait dit que je t'aurais encore sur le dos après 15 ans, jamais je ne me serais assis à côté de toi ce premier jour maudit de seconde. Au final, aucun regret !

Charlotte : toutes ces années entre les hauts et les bas, et surtout le soutien apporté lors de ma première cuite (j'aurais pas dû me tourner !) et tout ça depuis le collège !

MC : tu es toujours là même après toutes ces années et malgré les épreuves. Surtout ne change rien Marie-Carotte !

Wibratte : pour ces vacances à Pralognan avec ces pokers crunchs, et sache qu'un jour je rétablirai la vérité auprès de tes parents concernant ce lavabo !

Carpouth : à ces parties d'échec toujours « très » serrées durant la P1, et ces premières soirées dans ton appart où doit encore trainer mon petit bout de dent !

Aloux : mon gauchiste préféré, l'homme qui ronfle autant que moi ! Garde toujours tes convictions, elles font toute ton intégrité de prof !

Et aux dernières rencontres

Lisa : à tous ces week-ends où tu fais tout pour être présente, et ces vacances au ski, et surtout ce sandwich saucisse-choucroute-munster à Colmar !

Xav : j'aime le hoquet, les ones pieces et les nains qui vont à la mine, tout comme toi maintenant !

Charly : tu as encore des progrès à faire pour être un maître dans l'art de la gueeeerrre !

A Violaine, Fabien et Augustin : à la randonnée avortée dans les Vosges, qu'il faudra quand même refaire un jour !

Lucile : merci encore pour cette trousse de toilettes Star Wars qui ne me quitte plus ! Big Benou : c'est toujours toi le plus beau ! Basile : c'est l'histoire de la vie !

SERMENT

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

PLAN

LISTE DES ABREVIATIONS :.....	24
INTRODUCTION.....	25
I. UN PEU D’HISTOIRE.....	26
A. Etymologie.....	26
B. Définitions	26
1. Médiation	26
2. Conciliation	28
C. Confusion entre médiation et conciliation	30
D. Du Médiateur de la République au Défenseur des droits.....	31
1. Naissance du Médiateur de la République.....	31
2. Missions et compétences	31
3. Transition vers le Défenseur des droits.....	32
II. LOI DU 4 MARS 2002 : UN CADRE LEGAL ET DES COMMISSIONS RELATIVES AUX REGLEMENTS AMIABLES	33
A. Pour une amélioration du respect des usagers et de la qualité des soins : création des Commissions des Usagers (anciennement Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge CRUQPC).....	33
1. Composition	34
2. Missions	34
B. Pour un règlement amiable en cas d’accidents médicaux, d’infections iatrogènes ou d’infections nosocomiales : la création des Commissions de Conciliation et d’Indemnisation	35
1. Les principes fondateurs du règlement amiable.....	36
2. Composition des CCI.....	37

3.	Missions	37
C.	Conclusion	37
III.	LA MEDIATION	39
A.	Le médiateur	39
1.	Nomination et mandat	39
2.	Les règles du médiateur	39
3.	Les règles garantes du processus de la médiation	40
4.	Obligations et sanctions du médiateur	41
B.	Motifs de réclamations	41
C.	Le processus de médiation.....	42
1.	La recevabilité d'une médiation	42
2.	La préparation de la rencontre.....	43
3.	Le déroulement de la rencontre.....	44
4.	Le compte rendu de la rencontre.....	45
D.	Intérêts de la médiation.....	46
1.	Pour l'utilisateur.....	46
2.	Pour le praticien	46
3.	Pour l'établissement.....	46
IV.	LA CONCILIATION	47
A.	Au sein des Commissions de Conciliation et d'Indemnisation	47
1.	Acteurs.....	47
2.	La procédure de conciliation	48
3.	La conciliation : un recours en cas d'incompétence à la voie d'indemnisation.....	50
4.	Le processus d'indemnisation	52

B.	Au sein des Conseils de l'Ordre	53
1.	Acteurs.....	53
2.	Modalités de saisine	55
3.	Motifs de plaintes.....	56
4.	Procédure	56
5.	Sanctions et recours	58
V.	LE DEFENSEUR DES DROITS	60
A.	Organisation	60
1.	Le Défenseur des Droits.....	60
2.	Les délégués.....	60
B.	Dans quel cas s'adresser au Défenseur des droits ?	61
C.	Comment saisir le Défenseur des droits ?	62
D.	Les modes d'interventions du Défenseur des droits	62
1.	La saisine d'office.....	62
2.	L'intervention devant les juridictions	63
3.	Le droit de suite	63
4.	L'investigation.....	63
5.	Le règlement des différends.....	63
E.	Exemples de dossiers traités par le Défenseur des Droits en 2015.....	65
VI.	DISCUSSION.....	66
A.	Des droits méconnus.....	66
1.	Par le patient	66
2.	Par les professionnels de santé	67
B.	Les freins à la médiation	68

1. La requête des patients	68
2. L'indépendance des médiateurs	68
3. La non « sanctuarisation » de la médiation	69
4. La responsabilité civile professionnelle (RCP)	70
C. L'échec de la procédure de conciliation au sein des CCI	72
1. Un échec par les chiffres	72
2. Les raisons d'un échec	72
D. Avenir des règlements amiables	74
1. Etat actuel : des dispositifs qui se superposent	74
2. Mettre fin à la conciliation au sein des CCI ?	77
3. Le renforcement de la médiation au sein d'une structure unique de recueil des plaintes.....	77
4. Une expérimentation légale qui conforte ces propositions.....	82
CONCLUSION.....	83
ANNEXES	84
BIBLIOGRAPHIE	89

LISTE DES ABREVIATIONS :

ARS : Agence Régionale de Santé

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CISS : Collectifs Inter associatifs sur la Santé

CNAMED : Commission Nationale des Accidents Médicaux

CRCI : Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation

CRSA : Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie

CRUQPC : Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge

CU : Commission des Usagers

DFP : Déficit Fonctionnel Permanent

DFT : Déficit Fonctionnel Temporaire

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

MARC : Modes Alternatifs de Règlement des Conflits

ONIAM : Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux

RCP : Responsabilité Civile Professionnelle

INTRODUCTION

Au cours du XIXème siècle, avec l'accélération prodigieuse de la médecine, des techniques de soins, de la communication et de l'accessibilité de l'hôpital au plus grand nombre, s'est développée la notion de droit médical. Le malade hospitalisé souhaite bénéficier de ces avancées tout en réclamant une sécurité des soins accrue et devient ainsi un acteur de sa santé. Dans une société où la désignation d'un responsable et l'obtention d'une réparation est une réponse recherchée à tous les dommages subis ou aux aléas de la vie, le patient insatisfait de la qualité de sa prise en charge médicale n'hésite plus à réclamer une réparation à celui qui l'a soigné. Même si en théorie le corps médical a une obligation de moyens mais pas de résultats.

Face à des procédures judiciaires jugées trop lentes, coûteuses et incertaines par les justiciables et les acteurs du droit, les modes amiables de résolution des conflits sont devenus incontournables. Ces modes ne doivent pas se concevoir seulement comme une réponse à la justice, ils représentent également une opportunité supplémentaire pour les patients de voir leur réclamation aboutir de manière rapide, simplifiée et gratuite.

Ces réclamations s'appuient sur des droits inscrits dans la loi n°2002-3303 du 4 mars 2002, loi majeure qui imprime une nouvelle organisation du système de santé, en plaçant le malade au centre de ce système. Elle consacre la fin de la médecine paternaliste et fait émerger un malade adulte responsable, maître de ses choix et acteur de sa propre santé. Au sein de ce système de santé, la loi dite « Kouchner » crée un régime de réparation des conséquences des risques sanitaires, en organisant de nouvelles voies de règlement amiable des conflits que sont la conciliation et la médiation. Ces voies sont insérées au sein de nouvelles structures dédiées au règlement des conflits et à l'indemnisation des victimes.

Comment fonctionnent ces modes de règlements amiables et dans quelles conditions ? Comment, 15 ans après la loi du 4 mars 2002, sont utilisés ces modes de règlements amiables ? Existe-il des freins à leur utilisation ? Faut-il faire évoluer les dispositions ?

Notre travail a consisté à définir la médiation et la conciliation, à analyser les différentes avancées apportées par la loi du 4 mars 2002, à faire le point sur le fonctionnement de la médiation et de la conciliation au sein des différentes institutions qui en ont la charge, à analyser les raisons des dysfonctionnements actuels et à élaborer des propositions d'amélioration de leur fonctionnement et de leur utilisation.

I. UN PEU D'HISTOIRE

A. Etymologie

Les termes « médiation » et « conciliation » étaient déjà employés au sein des civilisations antiques, ces deux notions détiennent donc une origine latine. Le terme latin « *mediare* » signifie « partager en deux, être au milieu, s'interposer ». Les Romains employaient la racine « *méd* » pour désigner un intermédiaire entre deux choses ou deux personnes. Ainsi la mer Méditerranée (*Medi Terraneus*) signifiait « la mer au milieu des terres ». Le terme « *conciliare* » détenait une autre signification se traduisant par le fait de se réunir ou de se rassembler¹.

Le terme de « médiation », du latin « *mediatio* » signifiant « intervention », est apparu dans la littérature française au XIII^{ème} siècle. Cependant, à cette époque, il avait un sens totalement opposé à celui que l'on connaît aujourd'hui en signifiant « séparation ». Il faut attendre le XVI^{ème} siècle pour qu'il détienne sa signification moderne. Le terme de « médiateur » est d'abord apparu au sein de textes religieux. Il était utilisé pour décrire la position de certains prophètes servant d'intermédiaires entre Dieu et le peuple. Puis rapidement, il sera utilisé en droit international et détiendra un sens plus général en désignant la personne qui s'entremet pour trouver un accord².

La première apparition dans la langue française du terme « conciliation », du latin « *conciliatio* » signifiant « association, union, réunion », remonte au XIV^{ème} siècle. Auparavant, dès le X^{ème} siècle, on employait les notions de « réconcilier » et de « concilier » dans le langage courant pour désigner le rapprochement entre deux personnes².

B. Définitions

1. Médiation

a. Définition

La médiation est un **concept philosophique** connu par toutes les civilisations, un mode d'organisation de la société reposant sur une éthique de la liberté, de l'égalité et de la fraternité. Elle a pour objet essentiel de créer du lien social ou de recréer un lien social distendu³.

Aujourd'hui, la médiation est définie selon le langage commun comme une « entremise, une intervention destinée à amener un accord » ou encore comme une « procédure de règlement des conflits collectifs du travail dans laquelle intervient un médiateur »⁴.

Le dictionnaire juridique⁵ définit la médiation comme « une tentative de règlement amiable des litiges consistant dans l'intervention d'une tierce personne désignée par le juge avec pour mission d'entendre les parties, de confronter leurs points de vue et de leur soumettre un projet de solution ».

Jacques Salzer, maître de conférences en retraite de l'Université Paris Dauphine, définit la médiation par sa fonctionnalité⁶. Selon lui, la médiation exercée par un tiers indépendant, neutre et impartial a essentiellement pour fonctions :

- de coordonner les échanges conflictuels entre les parties
- d'aider à ce qu'elles s'écoulent
- de vérifier qu'elles se comprennent mutuellement
- de déceler et de hiérarchiser avec elles leurs besoins respectifs
- de leur faire imaginer le plus grand nombre de solutions possibles
- de les inviter enfin à déterminer la solution la plus acceptable qui permettra à chacun de sortir satisfait de l'équilibre trouvé en médiation

Arnaud Stimec, maître de conférence à Nantes, la définit comme « *un processus de négociation facilité par un tiers n'exerçant pas de pouvoir de décision, ayant pour finalité de permettre aux parties concernées de réaliser un projet, de résoudre une situation conflictuelle ou de rétablir une relation* »⁷. Dans cette définition, la médiation a deux objectifs distincts : la restauration d'une relation et la recherche d'une solution.

Le processus de médiation peut se résumer en trois points clés :

- il s'agit d'une **démarche volontaire** des parties en conflit qui décident d'un **commun accord** de faire appel à un **tiers indépendant et impartial** désigné, le médiateur, pour les aider à trouver et à construire elles-mêmes une solution à leur litige
- le ou les médiateurs et les parties sont soumis au devoir de **confidentialité**, tant en ce qui concerne ce qui est dit au cours de la médiation que les documents transmis en cours de médiation
- à tout moment, les parties **peuvent renoncer au processus de médiation** et recourir à l'arbitrage ou au procès.

b. Histoire de la médiation

C'est au début des années 1970, suite à l'évolution de la société amenant les individus à se tourner plus souvent vers la décision judiciaire, que s'est développée la médiation. Certains magistrats, souhaitant réduire les délais d'attente dans leurs juridictions et offrir aux justiciables la solution la plus adaptée possible, ont confié certaines affaires à des médiateurs. Cette pratique a été influencée par des systèmes étrangers, comme aux Etats-Unis ou au Canada, où la médiation s'est développée pour enrayer la forte propension procédurière. Cependant en France, la médiation n'était encadrée par aucune loi. Il s'agissait donc d'une innovation de la part de ces juges. La médiation est alors devenue une procédure privilégiée permettant à la fois d'alléger le rôle des tribunaux et d'apaiser les conflits⁸.

Ce n'est qu'au début des années 1990 qu'un premier projet de loi « instituant la médiation devant les juridictions de l'ordre judiciaire » déposé par Mr Delattre, a proposé de réglementer la médiation, mais il ne fut jamais adopté. C'est la loi n° 95-125 du 8 février 1995, qui régit pour la première fois la médiation judiciaire. Dans son article 21, elle prévoit, à côté de la tentative de conciliation, la possibilité pour le juge de renvoyer les parties devant un médiateur. Le décret d'application a ensuite offert un réel régime juridique à la médiation.

Sous l'influence de l'Europe, la médiation s'est développée en France. Dès 1981 à travers une série de recommandations, l'Union Européenne incitait les Etats membres à recourir aux modes de règlement amiable et notamment à la médiation. La directive européenne du 21 mai 2008 constitue une étape cruciale dans le développement de la médiation en lui offrant un cadre ainsi qu'une définition. Elle fut le point de départ d'une accélération des réformes en faveur de la médiation. La transposition de cette directive fut assurée par l'ordonnance n° 2011-1140 du 16 novembre 2011, qui donne à la médiation une définition ainsi qu'un cadre commun s'agissant des compétences, de la confidentialité ou encore de l'efficacité des accords de médiation. Cette transposition fut achevée en 2012, avec l'intégration de la médiation conventionnelle dans le Code de procédure civile⁹ :

« Le juge saisi d'un litige peut, après avoir recueilli l'accord des parties, désigner une tierce personne afin d'entendre les parties et de confronter leurs points de vue pour leur permettre de trouver une solution au conflit qui les oppose. » Art. 131

2. Conciliation

a. Définition

La conciliation est actuellement définie comme une « *action qui vise à rétablir la bonne entente entre des personnes dont les opinions ou les intérêts s'opposent* »⁴. Dans cette définition, apparaît l'idée d'**action**, de mouvement qui caractérise cette notion. Dans le langage courant, la conciliation n'est pas un procédé complet mais seulement l'action permettant le rapprochement des parties.

Le dictionnaire juridique définit la conciliation comme une « *phase préalable de certains procès au cours de laquelle le juge essaie d'amener les plaideurs à un règlement amiable* »⁵. Sauf exception légale, il n'y a pas de tentative obligatoire de conciliation dans les procès civils, commerciaux ou sociaux. Mais le juge peut toujours essayer de concilier les parties à toute hauteur de la procédure. Il peut aussi déléguer sa mission de conciliation à un conciliateur de justice.

b. Histoire de la conciliation⁹

Durant l'époque médiévale puis sous l'Ancien Régime, des procédures de conciliation étaient déjà mises en œuvre. Au sein des villages, la solidarité incitait les personnes en conflit à recourir à la conciliation. Ce mode de règlement amiable s'est surtout renforcé après la Révolution française. En réaction contre les modes de fonctionnement des institutions de l'Ancien Régime et face aux nombreuses critiques, la conciliation est apparue comme un remède aux maux de la justice. Ainsi, la loi des 16 et 24 août 1790 a fait de la conciliation une procédure obligatoire. Elle constituait la première étape du procès et était menée par les juges de paix. Ces derniers avaient pour mission, après avoir écouté le point de vue de chaque partie, de les amener à trouver un arrangement acceptable. En 1791, la conciliation a été inscrite dans la Constitution, ce qui démontrait à quel point cette procédure était importante aux yeux des pouvoirs publics et des justiciables.

Lors de la publication du Code de procédure civile en 1806, la conciliation a pris un aspect procédural très contraignant, dû notamment à une procédure rigoureuse et une limitation de son domaine d'application. Initialement, une conciliation préliminaire s'appliquait à tous les litiges portés devant les juridictions civiles. Le Code de Procédure Civile a institué des dérogations à la conciliation pour certains types de contentieux. Par la suite, la jurisprudence a étendu ces dérogations ce qui a conduit à une diminution progressive des conciliations. Finalement, cette conciliation préliminaire fut supprimée en 1949 et la réforme judiciaire de 1958 supprima la fonction de juge de paix.

La conciliation va néanmoins rester présente dans notre système judiciaire. En 1975, le nouveau Code de procédure civile a précisé via la section VIII (art. 21) de ses Dispositions Liminaires que : « Il entre dans la mission du juge de concilier les parties ». Cette formule est déclinée plus loin aux articles 127 à 131 qui permettent également que « les parties peuvent se concilier d'elles-mêmes ou à l'initiative du juge tout au long de l'instance...au lieu et au moment que le juge estime favorables. »

Par la suite, la fonction de conciliateur a été instaurée afin d'encourager la pratique de la conciliation¹⁰. Le décret du 23 mars 1978 prévoyait que les « conciliateurs » avaient pour mission de « *faciliter, en dehors de toute procédure judiciaire, le règlement amiable des différends* ». L'objectif était alors d'encourager un règlement amiable des « petits litiges » grâce à l'intervention d'un tiers en amont du procès. Ce tiers n'était pas un juriste de profession mais un particulier devant disposer de certaines qualités en matière juridique. A partir des années 1990, les missions des conciliateurs se sont élargies afin de leur offrir une réelle place au sein du procès. Le décret du 22 juillet 1996 autorisa le juge d'instance à confier la tentative préalable de conciliation aux conciliateurs qui seront intégrés à la juridiction en qualité d'auxiliaires. Peu de temps après, le décret du 13 décembre 1996 modifia leur titre en « conciliateur de justice ». Enfin, le décret du 28 décembre 1998 a reconnu la faculté au juge de déléguer sa mission de conciliation aux conciliateurs de justice. La place des conciliateurs s'est donc accrue au fil des années afin de favoriser la proximité, l'écoute et la diversification des modalités de résolution des litiges.

C. Confusion entre médiation et conciliation

Dans le langage courant, il existe une **confusion entre les différents modes amiables** de règlement des conflits. Celle-ci est entretenue par la confusion terminologique entre « conciliation » et « médiation ».

En 1995, la médiation a obtenu son autonomie juridique, mais cette codification n'a donné aucune définition de la médiation permettant de la distinguer de la conciliation. De plus, lors des travaux préparatoires à cette loi, la question de la différenciation entre conciliateur et médiateur faisait déjà débat. Le rapporteur de l'Assemblée Nationale voyait dans le médiateur un tiers actif devant proposer une solution aux parties (« la mission du médiateur consistera à entendre les parties, confronter leurs prétentions et leur permettre de parvenir à un accord, démarche différente de celle de la conciliation judiciaire qui consiste à permettre aux parties de trouver elles-mêmes les termes de leur accord¹¹ »), alors que le rapporteur du Sénat affirmait le contraire. **Si on s'en tient strictement au rôle du tiers, il est impossible de distinguer médiation et conciliation.**

L'Europe par sa directive n°20088/52/CE du 21 mai 2008 ne permet pas davantage de mettre un terme à cette confusion. Au contraire, elle semble vouloir uniformiser médiation et conciliation. Ainsi, selon l'article 3 de cette directive : « la médiation est un processus structuré, quelle que soit la manière dont il est nommé ou visé, dans lequel deux ou plusieurs parties à un litige tentent par elles-mêmes, volontairement, de parvenir à un accord sur la résolution de leur litige, avec l'aide d'un médiateur ». **Les institutions de l'Union Européenne ont souhaité faire de la médiation la notion générique encadrant tous les processus structurés de résolution des conflits³.**

Ainsi dans le rapport d'avril 2010 issu du groupe de travail sur les conciliateurs de justice intitulé : « *Célérité et qualité de la justice : les conciliateurs de justice* »¹², les auteurs ont tenté d'opérer une distinction entre la conciliation et la médiation, et plusieurs critères ont été suggérés.

- la finalité des processus : la conciliation serait un véritable processus de résolution du conflit, alors que la médiation serait plutôt « un espace de liberté et de responsabilisation des acteurs », et aurait un objet plus large que la recherche d'un accord, et tendrait à nouer ou à renouer un lien entre les acteurs concernés
- le degré d'engagement de la tierce personne est très diversement apprécié : certains considèrent que le médiateur a un rôle plus actif que le conciliateur, d'autres l'inverse ! Il est vrai que cette distinction semble pratiquement inadéquate, conciliateur et médiateur amenant les parties à trouver un accord sans pouvoir l'imposer

Finalement, il existe, en droit français, **un manque de clarification des notions** bien que l'Union Européenne tente de les uniformiser. Le législateur a pris soin de diversifier l'offre de procédés amiables sans toutefois les définir. Bien que la médiation bénéficie, aujourd'hui, d'une définition légale, celle-ci ne permet pas de la différencier nettement de la conciliation. Il semble évident que dans le milieu médical peu sensibilisé aux droits des patients, ces deux

notions restent difficilement identifiables l'une de l'autre et cela ne facilite ni leur compréhension ni leur utilisation.

D. Du Médiateur de la République au Défenseur des droits

1. Naissance du Médiateur de la République¹³

« *La société a le droit de demander compte à tout agent public de son administration* ». Article 15 de la Déclaration des droits de l'Homme et du citoyen de 1789.

De cet article, est né le fondement de la fonction du Médiateur de la République. Créé en 1973, il était vu par le gouvernement comme « la greffe d'un organe nouveau ». En effet à l'époque, la protection des droits des citoyens et des libertés fondamentales relevait essentiellement du juge. Mais l'office du juge ne faisait pas obstacle à d'autres modes de garantie des droits. Et il y avait alors la place dans les institutions administratives pour la création d'une autorité publique indépendante qui contribue, par le dialogue, à la garantie de ces droits.

2. Missions et compétences

Le Médiateur de la République était une autorité administrative indépendante spéciale. Il était nommé par le Conseil des ministres pour 6 ans non renouvelable. Ce caractère non renouvelable était une condition de son indépendance, renforcée par sa soustraction au pouvoir hiérarchique (il ne recevait pas d'ordre et ne pouvait être relevé de ses fonctions qu'en cas d'empêchement dûment constaté). Les compétences du Médiateur de la République concernaient alors trois domaines de responsabilité. Le premier était le service des usagers : toute personne physique ou morale se trouvant sur le territoire Français, quelles que soient sa nationalité et sa situation, légale ou irrégulière, pouvait saisir le Médiateur lorsqu'elle constatait un dysfonctionnement de l'administration de l'Etat, des collectivités territoriales, des organismes de prestations sociales et des prestataires liés par une délégation de service public. Deuxièmement, au vu des réclamations qui lui parvenaient, le Médiateur de la République pouvait faire des propositions de réforme au gouvernement et ce, même lorsque ces réclamations ne concernaient pas le secteur public. Enfin, sa troisième mission était la promotion et la défense des droits de l'Homme¹⁴.

Depuis sa création en 1973, cinq lois ont étendu ses compétences :

- La loi du 24 décembre 1976 qui renforce les liens avec le Parlement, précise les relations avec les juridictions, élargit les bases de l'action en équité, autorise la proposition de réforme législative.
- La loi du 13 janvier 1989 permettant le renforcement de l'indépendance du Médiateur.

- La loi d'orientation du 6 février 1992 qui permet aux personnes morales de saisir le Médiateur.
- La loi du 12 avril 2000 qui permet au Médiateur de s'autosaisir en matière de réforme ; elle consacre aussi l'existence des délégués et définit leur rôle, et elle instaure la présentation d'un rapport annuel au Parlement.
- L'ordonnance du 25 mars 2004 pour les délégués, qui exercent alors leurs fonctions à titre bénévole.

De plus, en 2009, a été créé un pôle « Santé et sécurité des soins »¹⁵ suite au rattachement au Médiateur, de la « Mission pour le développement de la médiation, de l'information et du dialogue pour la sécurité des soins (MIDISS) », qui existait depuis 2006 au sein de la Haute Autorité de la Santé. Ce pôle santé fut créé dans un contexte de défiance à l'égard du système de santé, où il est apparu essentiel de proposer un dispositif de médiation indépendant de la sphère médicale.

3. Transition vers le Défenseur des droits

C'est le comité de réflexion et de proposition sur la modernisation et le rééquilibrage des institutions, appelé également « comité Balladur », qui propose pour la première fois en 2007 de créer un « Défenseur des droits fondamentaux » sur le modèle du « Défenseur du Peuple » espagnol. Le but était de réunir au sein d'une même entité les missions relatives aux droits et libertés des citoyens exercés jusque-là par différentes autorités administratives indépendantes.

La loi constitutionnelle du 23 juillet 2008 permet l'inscription dans la Constitution d'un titre XI bis relatif au « Défenseur des droits ». Après de nombreux débats parlementaires, la loi organique et la loi ordinaire du 29 mars 2011 instituant cette nouvelle autorité indépendante sont votées. Le terme « Défenseur des droits » désigne aussi bien l'institution que la personne qui la préside. C'est une autorité constitutionnelle indépendante qui reprend les missions du Médiateur de la République, de la Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (HALDE), du Défenseur des enfants et de la Commission nationale de déontologie de la sécurité (CNDS). Le Défenseur des Droits est, de ce fait, chargé de défendre les droits des citoyens et de promouvoir l'égalité. Le premier Défenseur des droits a été nommé par le président de la République le 22 juin 2011. Il s'agissait de Dominique Baudis¹⁴.

II. LOI DU 4 MARS 2002 : UN CADRE LEGAL ET DES COMMISSIONS RELATIVES AUX REGLEMENTS AMIABLES (Tous les articles cités dans ce chapitre sont issus du code de Santé Publique)

La loi du 4 mars 2002¹⁶, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, a consacré plusieurs évolutions majeures concernant le respect des usagers et l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux :

- renforcement des droits des malades : droit à l'information et à l'expression du consentement aux soins, liberté de choix du praticien et de l'établissement de santé, droit d'accès au dossier médical d'hospitalisation
- représentation des usagers du système de santé dans les différentes instances
- redéfinition juridique du terme d'« infection nosocomiale », et instauration de la notion d'aléa thérapeutique, sans la définir véritablement, constituant avec la faute médicale, l'essentiel de l'arsenal juridique utilisé par les institutions chargées de l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux
- création d'un véritable système d'indemnisation amiable reposant sur trois organismes : les Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation (CRCI), l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM) et la Commission Nationale des Accidents Médicaux (CNAMed)

A. Pour une amélioration du respect des usagers et de la qualité des soins : création des Commissions des Usagers (anciennement Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge CRUQPC)

La création de la Commission des Usagers (CU) dans les établissements de santé est **l'aboutissement d'une démarche de prévention des litiges** et de **prise en compte de la parole des usagers**. Les ordonnances dites Juppé¹⁷ (ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996) ont posé les premières pierres d'une représentation des usagers et ont positionné pour la première fois la personne hospitalisée comme une source d'information sur la qualité de la prise en charge. Parmi les outils prévus pour faire entendre le point de vue des usagers, les ordonnances de 1996 ont mis en place des commissions de conciliation dans les établissements de santé. Celles-ci ont vite été réduites à un rôle d'enregistrement des réclamations et d'information sur les voies de recours, plutôt qu'à un véritable rôle de conciliation.

Cette expérience centrée sur les droits des usagers a été considérée comme une avancée importante. Le rapport Caniard¹⁸ préparatoire à l'élaboration de la loi du 4 mars 2002 a plaidé pour la révision du dispositif et a créé les conditions d'un véritable dialogue à l'intérieur des établissements. Ce rapport suggérait, entre autres, la suppression de la commission de conciliation, remplacée par une commission de la qualité, en charge des fonctions de médiation et où les usagers seraient mieux représentés. Trois ans après la promulgation de la loi du 4 mars 2002, qui reprenait les principales dispositions du rapport

Caniard, le décret n°2005-213 du 2 mars 2005 a permis d'aboutir à la création des CRUQPC, devenues par la suite Commission des Usagers, en janvier 2016 :

« La qualité de la prise en charge des patients est un objectif essentiel pour tout établissement de santé. Celui-ci doit procéder à une évaluation régulière de leur satisfaction, portant notamment sur les conditions d'accueil et de séjour. [...] Chaque établissement remet aux patients, lors de leur admission, un livret d'accueil auquel est annexée la charte du patient hospitalisé, conforme à un modèle type arrêté par le ministre chargé de la santé. »
Art. L.1112-2

« Dans chaque établissement de santé, une commission des « usagers » a pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches et de la prise en charge. Cette commission facilite les démarches de ces personnes et veille à ce qu'elles puissent, le cas échéant, exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement, entendre les explications de ceux-ci et être informées des suites de leurs demandes. » Art. L1112-3 alinéa 2

1. Composition (Art. R.1112-81)

Les CU sont composées de :

- Un président qui peut être soit le représentant légal de l'établissement soit la personne que celui-ci désigne à cet effet ; et depuis la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 la commission peut être présidée par un usager
- Un médiateur médecin et son suppléant désignés par le représentant légal de l'établissement
- Un médiateur non médecin et son suppléant, désignés par le représentant légal de l'établissement
- Deux représentants des usagers et leurs suppléants, mandatés par une association agréée et désignés par le Directeur Général de l'ARS

De manière facultative, aux côtés de ces cinq personnes peuvent également siéger des représentants de la Commission médicale, de la Commission technique d'établissement, de la Commission des soins infirmiers de rééducation et médicotextiques et du Conseil d'administration. Ils sont choisis parmi les représentants des collectivités territoriales et les personnes qualifiées, selon les règlements intérieurs propres à chaque commission.

2. Missions (Art. L1112-3)

Les **missions** de la CU sont :

- formuler des recommandations destinées à améliorer l'accueil et la qualité de la prise en charge des personnes malades et de leurs proches et à assurer le respect des droits des usagers

- recenser les mesures adoptées au cours de l'année écoulée en faveur des droits des usagers, de la qualité de l'accueil, de la prise en charge et évaluer l'impact de leur mise en œuvre
- procéder à une appréciation des pratiques de l'établissement concernant les droits des usagers, la qualité de l'accueil et de la prise en charge
- rendre compte de ses analyses et propositions dans un rapport qu'elle transmet notamment à l'Agence régionale de santé et à la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA)

La CU veille également au **respect des droits des usagers et facilite leurs démarches** :

- elle est vigilante à ce que toute personne soit informée des voies de recours et de conciliation dont elle dispose
- elle a accès à l'ensemble des plaintes et réclamations adressées à l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches, ainsi qu'aux réponses et aux suites apportées par les responsables de l'établissement
- elle examine les plaintes et réclamations qui ne présentent pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel
- elle contribue, par ses avis et propositions, à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leurs proches

A cette fin, l'établissement de santé doit fournir à la Commission toutes les informations nécessaires à l'exercice de ses missions. Il lui présente les mesures préparées par la Commission ou la Conférence médicale d'établissement, pour assurer l'amélioration continue de la qualité ainsi que les avis, vœux ou recommandations formulés dans ce domaine par les diverses instances consultatives de l'établissement.

B. Pour un règlement amiable en cas d'accidents médicaux, d'infections iatrogènes ou d'infections nosocomiales : la création des **Commissions de Conciliation et d'Indemnisation**

Depuis deux décennies le mode de résolution des conflits médicaux s'inscrit dans l'évolution des modes alternatifs de règlement des conflits (MARC). Cette expression de MARC désigne « tous les modes alternatifs de règlement des conflits autres que le mode contentieux traditionnel »¹⁹. Ces derniers n'ont pas pour objet de se substituer aux modes juridictionnels de règlements des conflits mais de les compléter là où ils peuvent être dans l'intérêt des justiciables²⁰.

Ces MARC privilégient donc les modes de règlements amiable qui permettent par l'accord des parties de mettre fin à un litige à la suite d'une procédure de conciliation directe ou en faisant intervenir un tiers (médiation, arbitrage...).

1. Les principes fondateurs du règlement amiable

L'article L.1142-1 de la loi du 4 mars 2002 a permis de redéfinir les notions de **responsabilité médicale** et d'**infection nosocomiale**.

« I. Hors le cas où leur responsabilité est encourue en raison d'un défaut d'un produit de santé, les professionnels de santé mentionnés à la quatrième partie du présent code, ainsi que tout établissement, service ou organisme dans lesquels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute. »

Les établissements, services et organismes susmentionnés sont responsables des dommages résultant d'infections nosocomiales, sauf s'ils rapportent la preuve d'une cause étrangère. »

La loi introduit également la notion de l'**aléa thérapeutique**, mais sans jamais la définir. Est ainsi considéré comme aléa thérapeutique l'accident médical survenu sans responsabilité d'un professionnel ou d'un établissement de santé. Cette notion reste à ce jour relativement subjective. Ces notions donnent lieu à une **indemnisation par la solidarité nationale**.

« II. Lorsque la responsabilité d'un professionnel, d'un établissement, service ou organisme mentionné au I ou d'un producteur de produits n'est pas engagée, un accident médical, une affection iatrogène ou une infection nosocomiale ouvre droit à la réparation des préjudices du patient, et, en cas de décès, de ses ayants droit au titre de la solidarité nationale, lorsqu'ils sont directement imputables à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins et qu'ils ont eu pour le patient des conséquences anormales au regard de son état de santé comme de l'évolution prévisible de celui-ci et présentent un caractère de gravité, fixé par décret, apprécié au regard de la perte de capacités fonctionnelles et des conséquences sur la vie privée et professionnelle mesurées en tenant notamment compte du taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique, de la durée de l'arrêt temporaire des activités professionnelles ou de celle du déficit fonctionnel temporaire. »

Cette définition utilise des termes vagues, qui laissent une place trop grande à l'arbitraire, en effet la notion de « conséquences anormales » n'est pas explicitée.

De ce fait, la loi du 4 mars 2002 définit la possibilité d'une procédure de règlement amiable pour réparer les préjudices des patients et encadre la mise en place et le rôle des CCI.

« Toute personne victime ou s'estimant victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins ou ses ayants droit, si la personne est décédée ou le cas échéant, son représentant légal, doit être informée par le professionnel de santé, les services de santé ou l'organisme concerné sur les circonstances et les causes de ce dommage. » Art L.1142-4

« Dans chaque région, une « ou plusieurs commissions de conciliation et d'indemnisation sont chargées » de faciliter le règlement amiable des litiges relatifs aux accidents médicaux, aux affections iatrogènes et aux infections nosocomiales, ainsi que d'autres litiges entre usagers et professionnels de santé, établissement de santé, services de santé ou organismes ou producteurs de produits de santé. » Art L.1142-5

« La commission régionale peut être saisie par toute personne s'estimant victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins, ou, le cas échéant, par son représentant légal. Elle peut également être saisie par les ayants droits d'une personne décédée à la suite d'un acte de prévention, de diagnostic ou de soins [...]. »
Art L.1142-7.

2. Composition des CCI

L'article R.1142-5 définit leur composition et chaque commission comprend outre leur **président** qui est un magistrat, **douze membres titulaires** et **douze membres suppléants**. Parmi ces douze membres figurent :

- Trois représentants des usagers
- Un praticien hospitalier
- Un représentant des professionnels de santé exerçant à titre libéral
- Un responsable d'établissement public de santé
- Deux responsables d'établissements de santé privés
- Le directeur de l'ONIAM ou son représentant
- Un représentant des entreprises d'assurance
- Deux personnalités qualifiées dans le domaine de la réparation des préjudices corporels

Les membres de la commission sont nommés pour une durée de 3 ans renouvelable. (Art. R.1142-6). Leur nomination est déterminée par l'article R.1142-7. Ainsi le président de la commission et son ou ses adjoints sont nommés par arrêté du ministre de la justice. Lorsqu'il s'agit de magistrats de l'ordre administratif, cette nomination intervient sur proposition du vice-président du Conseil d'Etat. Les autres membres de la commission sont nommés par arrêté du directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS).

3. Missions

Les CCI ont une **double mission**²¹ :

- Organiser une conciliation entre les patients et les professionnels de santé afin de résoudre les conflits
- Rendre des avis permettant une indemnisation des victimes d'accidents médicaux

C. Conclusion

La loi du 4 mars 2002 a donc permis d'**encadrer les différents modes de règlements amiables**. D'une part, la création de la Commission des Usagers offre une **prise en compte**

de la parole des usagers et permet de **prévenir les litiges** par son dispositif de **médiation** et d'écoute. D'autre part, la création des CCI donne accès à **un dispositif rapide et gratuit de conciliation** et d'indemnisation en cas d'accidents médicaux. Ces dispositifs sont issus d'une volonté de clarification du législateur mais à ce jour cela reste insuffisant et utilisé de façon inappropriée.

III. LA MEDIATION

La médiation est un **processus de relation orale éthique reposant sur la responsabilité et l'autonomie des participants**. Durant ce processus, un **tiers** favorise par des entretiens confidentiels l'établissement et/ou le rétablissement du lien social ainsi que la prévention ou le règlement de la situation en cause.

A. Le médiateur

1. Nomination et mandat

Il existe **deux types de médiateurs** possibles dans le processus médical : le médiateur médecin et le médiateur non médecin²².

- Le médiateur médecin et son suppléant sont désignés parmi les médecins exerçant dans l'établissement ou ayant cessé d'y exercer la médecine ou des fonctions de médiateur, depuis moins de cinq ans. Le médiateur médecin et son suppléant ne doivent pas exercer dans le même service.
- Le médiateur non médecin et son suppléant sont désignés parmi le personnel non médecin exerçant dans l'établissement.

Un médiateur médecin ou non médecin peut assurer sa mission dans plusieurs établissements de santé dans la limite de trois.

Leurs nominations interviennent après avis de la commission médicale d'établissement, de la commission médicale ou de la conférence médicale.

La durée de mandat des médiateurs est de trois ans, renouvelable. (Article R.1112-85 créé par décret n°2005-213 du 2 mars 2005)

2. Les règles du médiateur

Les médiateurs, lors de leur nomination, sont tributaires du Code de Déontologie du Médiateur²³. Ce code est la référence éthique de la pratique de la médiation en France. Les signataires de ce code affirment leur attachement aux droits de l'Homme.

Tout au long de sa carrière le médiateur agit dans le cadre de la loi et le respect des personnes. Il requiert des qualités permettant que les conditions éthiques et déontologiques soient respectées tout au long de la médiation.

Pour cela le médiateur doit suivre une formation. Il doit posséder une qualification spécifique à la médiation, en fonction notamment des normes ou critères d'accréditation en

vigueur. Il actualise et perfectionne ses connaissances théoriques et pratiques par des séances d'analyse de la pratique, la formation continue, une participation à des symposiums, des colloques ainsi que des ateliers professionnels.

Le médiateur est un **tiers**. Afin de garantir cette posture il se doit de respecter les exigences suivantes :

- l'indépendance : il doit être détaché de toute pression intérieure et/ou extérieure à la médiation, y compris lorsqu'il se trouve dans une relation de subordination et/ou institutionnelle ; pour cela il s'engage à refuser, suspendre ou interrompre la médiation chaque fois que les conditions de cette indépendance ne sont pas réunies
- la neutralité : le médiateur accompagne le projet des personnes, il n'a pas de projets pour ou à la place des personnes
- l'impartialité : le médiateur s'oblige à ne pas prendre parti ni privilégier l'une ou l'autre des parties. Il s'interdit d'accepter une médiation avec des personnes avec lesquelles il a des liens d'ordre privé, professionnel, économique, de conseil ou autre. Le médiateur s'interdit d'avoir un intérêt financier direct ou indirect dans l'issue de la médiation
- la loyauté : le médiateur s'interdit par éthique de remplir des fonctions de représentant ou de conseil de l'un et/ou l'autre des participants au processus de médiation

Le médiateur doit orienter ou réorienter les personnes si la demande ne concerne plus le champ de la médiation.

3. Les règles garantes du processus de la médiation

Le médiateur se doit de respecter plusieurs règles permettant de garantir la qualité de la médiation :

- l'information : le médiateur délivre aux personnes une information présentant la médiation et ses modalités d'une façon complète, claire et précise. Il doit vérifier que les informations données ont bien été comprises.
- le consentement : le médiateur doit veiller à ce que le consentement des personnes soit libre et éclairé. Il refusera toute mission où le consentement peut être altéré.
- la confidentialité : le médiateur ne divulgue ni ne transmet à quiconque le contenu des entretiens et toute information recueillie dans le cadre de la médiation, sauf obligation légale et risque de non-respect de l'ordre public. Il ne peut notamment pas

faire état devant les instances judiciaires des éléments dont il a eu connaissance lors de son intervention.

4. Obligations et sanctions du médiateur

Le médiateur a, en plus des responsabilités déjà citées précédemment, les **obligations** suivantes :

- c'est le **garant** du déroulement apaisé du processus de médiation
- il **informe** les personnes qu'elles ont la possibilité de prendre conseil auprès de différents professionnels, tout au long du processus de médiation
- il doit s'efforcer de **convaincre** la ou les personnes dont il aurait reçu des confidences de révéler les éléments indispensables à la progression de la séance de médiation
- il **ne doit pas avoir fait l'objet d'une condamnation**, d'une incapacité ou d'une déchéance mentionnée sur le bulletin n° 2 du casier judiciaire.
- il n'a **pas d'obligation de résultat**

Les principales organisations professionnelles de la médiation en France ont abouti à l'élaboration d'un Code de déontologie du médiateur et de la médiation en France, qui définit le socle de valeurs et de pratiques communes de la Médiation en France. Il émane de l'évolution suggérée par la Commission Européenne dans son « Code de conduite européen pour les médiateurs » de 2004, texte ancien qui n'incluait pas les avancées de la pratique de la médiation.

En cas de manquement au code de déontologie du Médiateur, ce dernier s'expose à être exclu de la liste des Médiateurs du centre ou de l'association dont il est membre (art. 3.2).

B. Motifs de réclamations

Les motifs de réclamation pouvant donner lieu à une médiation sont :

- Absence du consentement
- Risques non indiqués ou non mentionnés
- Compétence du personnel
- Non-respect de la dignité, de l'intimité
- Non-respect de la confidentialité
- Non information du patient
- Absence ou non-respect de la continuité des soins
- Mise en cause des soignants
- Inadaptation de la prise en charge
- Non-respect de la volonté du patient
- Prise en charge non adaptée
- Qualité des soins déficiente
- Erreur de diagnostic
- Difficulté dans l'accompagnement en fin de vie

- Retard d'une prise en charge aux urgences
- Accident thérapeutique
- Maltraitance
- Infection nosocomiale
- Séquelles de traitement
- Problème dans l'administration d'un médicament (dosage, erreur de médicament...)

C. Le processus de médiation²⁴

1. La recevabilité d'une médiation

Pour que la médiation médicale puisse avoir lieu, il est nécessaire de procéder à plusieurs vérifications. Ainsi pour être recevable, une médiation doit avoir fait l'objet d'une **plainte ou d'une réclamation « médicale »** demandée soit par le patient ou ses proches, soit par un des membres de l'équipe soignante.

L'ensemble des plaintes et réclamations écrites adressées à l'établissement est transmis à son représentant légal. Ce dernier y répond dans les meilleurs délais, soit en avisant le plaignant de la possibilité qui lui est offerte de saisir un médiateur, soit en l'informant qu'il procède lui-même à cette saisine (Art.R.1112-92). Dans le courrier de réponse à l'usager, doit figurer un contact téléphonique avec le secrétariat proposant la médiation.

a. La réclamation « médicale »

Même s'il n'existe qu'un commencement de plainte ou de réclamation, une médiation peut être envisagée. Parfois le patient ou ses proches peuvent rencontrer des difficultés pour formaliser clairement leurs motifs d'insatisfaction. La difficulté d'identification de ces griefs ne doit pas faire obstacle à une médiation. Clarifier ce qui fait difficulté est partie intégrante du processus. Le médiateur doit vérifier si les griefs identifiés relèvent de sa compétence.

Si une procédure indemnitaire ou judiciaire est en cours, une médiation reste possible, à l'initiative des parties, ou sur proposition de la juridiction.

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

b. La saisine du médiateur

Après vérification de l'existence ou de l'éventualité de griefs « médicaux », et de la qualité de l'auteur de la plainte et de la réclamation, le médiateur peut être saisi :

- soit par l'auteur de la réclamation : en première intention ou après qu'il ait été informé par écrit ou oralement de cette possibilité
- soit par le représentant légal de l'établissement

Le médiateur médecin ne doit pas prendre à sa charge la médiation lorsque son service ou lui-même est concerné ou lorsque ce dernier exprime une difficulté à demeurer en posture de médiation. Si pour des raisons personnelles, le médiateur médecin craint de ne pouvoir demeurer indépendant et impartial dans une affaire dont il a été saisi, il lui appartient de notifier son retrait pour la saisine du médiateur médecin suppléant de la CU.

Si le médiateur et son suppléant sont simultanément concernés par une réclamation, leur mission est assurée par un agent désigné par le représentant légal, lorsqu'il s'agit du médiateur non médecin, et par un praticien désigné par le président de la commission médicale d'établissement, du comité consultatif médical, de la commission médicale ou de la conférence médicale, lorsqu'il s'agit du médiateur médecin (Art. R1112-87).

2. La préparation de la rencontre

Dès que le médiateur médical est saisi de façon écrite ou orale par le plaignant ou par le représentant légal de l'établissement, le processus de médiation est engagé. Dans le cas où l'usager a saisi directement le médiateur médical, il conviendra d'en informer le représentant légal de l'établissement. Il est important que le médiateur proposé par l'institution soit accepté par chaque partie et qu'il soit reconnu pour ses qualités.

Dans un premier temps, le médiateur écoute les personnes séparément et leur permet d'exprimer leur analyse de la situation, leurs incompréhensions éventuelles et leur ressenti. Ce dont le réclamant a besoin, plus encore que d'être informé, c'est d'être écouté et entendu. Il souhaite être compris autant que comprendre. Sans doute en est-il de même du soignant mis en cause.

Dans cet entretien, le médiateur est ce tiers qui représente le protagoniste absent. Cela permet à chacun d'éclairer sa décision de rencontrer ou non l'autre personne.

Le médiateur réalise alors un **interrogatoire** qui comprend deux questions essentielles : « ce que vous me dites ici, à qui souhaiteriez-vous le dire ? » et « serait-il important pour vous de savoir ce qui a pu se passer pour l'autre ? ». Si le médiateur médecin est amené à donner des explications, il le fait en réintroduisant le protagoniste absent, et jamais en son propre nom. Il n'est pas le porte-parole ou le substitut de son collègue ni de l'institution. Il n'est pas non plus le représentant du patient.

L'objectif principal de ce moment « avant » la médiation est d'**identifier les différentes personnes** concernées par la réclamation pour :

- identifier les acteurs susceptibles d'entrer dans le processus de médiation
- identifier les griefs de l'utilisateur et les propositions de solution
- recueillir l'accord des différentes parties d'initier une médiation

En cas de refus de la médiation par l'utilisateur, il conviendra d'en identifier le motif. Si ce dernier ne souhaite pas revenir dans l'établissement pour une médiation, un lieu neutre pourra être proposé éventuellement via le défenseur des droits. De même, si l'utilisateur ne souhaite pas rencontrer les médiateurs médecins de l'établissement, il pourra lui être proposé de se rapprocher du représentant des usagers ou du défenseur des droits.

3. Le déroulement de la rencontre

a. Le dispositif

Il se définit par la rencontre des parties en conflit en présence du médiateur.

b. Les parties en présence

Aucun texte ne définit la composition des parties en présence. Si le patient tient à se faire accompagner, il n'y a pas lieu de s'y opposer. Mais il doit être informé que des éléments médicaux risquent d'être diffusés lors de la rencontre. L'accompagnant choisi par le malade peut être un proche, un représentant des usagers, le médecin traitant... L'accompagnant reste un conseil ou un soutien et n'est pas un porte-parole. La médiation demeure centrée sur la personne réclamante qui s'exprime par elle-même durant la médiation. Et dans les mêmes conditions que le réclamant, le professionnel peut, s'il le souhaite, être accompagné de la personne de son choix.

Pour les ayants droit d'une personne décédée, la situation est davantage encadrée. La réglementation prévoit qu'ils ne peuvent bénéficier que d'informations relatives à trois points :

- la connaissance des causes du décès
- la défense de la mémoire du défunt
- la volonté de faire valoir leurs droits

Seules les pièces du dossier en rapport avec ces motifs sont présentées. Mais les ayants droit sont eux aussi à entendre dans leurs questions, leurs préoccupations ou leurs souhaits.

En cas de situation complexe, le médiateur peut pratiquer une comédiation, soit avec le médiateur non médecin, soit avec un autre médiateur médecin.

c. En pratique

Le déroulement de la rencontre peut être typiquement résumé comme suit.

Le médiateur se présente en tenue de ville (afin de se placer dans la position de médiateur et non de médecin). Il accueille les personnes dans la salle de réunion et présente chacune des parties. Il rappelle le cadre éthique de la médiation reprenant les qualités du médiateur (indépendance, impartialité, neutralité).

Puis il invite chaque partie à **préciser leurs attentes de la médiation**, puis à **exposer les éléments du conflit**. Si le ou les professionnels concernés n'ont pas souhaité être présents, il faut leur laisser une place dans l'entretien en les nommant et en demandant au réclamant ce qu'il souhaiterait leur faire savoir et entendre d'eux. Le médiateur écoute et reformule les propos afin de **clarifier et renforcer la compréhension réciproque**. Il pose des questions ouvertes qui explorent les différents axes du conflit, qui approfondissent les motivations de chacun, et qui engagent les personnes vers une reconnaissance réciproque afin de permettre d'envisager des propositions d'apaisement. Enfin, **un compte rendu** reprenant l'essentiel des propos de la médiation ainsi que les axes d'amélioration identifiés est rédigé par le médiateur et est transmis au réclamant ainsi qu'à la Commission des Usagers.

4. Le compte rendu de la rencontre

Le compte-rendu peut être rédigé à la fin de la rencontre de médiation. Afin de respecter au mieux la parole et la place de chacune des parties, patient ou professionnel, il est important de les faire participer à la rédaction du compte-rendu. Le compte rendu doit être court et les guillemets doivent être utilisés pour signifier la subjectivité des déclarations. Il doit se limiter exclusivement au rappel des éléments factuels. L'élaboration conjointe de ce compte rendu permet à chacune des parties de dire ce que la médiation leur a permis de comprendre, d'exposer les points d'accord et de désaccord éventuels...

Dans le cas où le médiateur rédige seul le compte-rendu, à posteriori, il est indispensable, avant de quitter les parties, que ces dernières en aient connaissance et l'approuvent avant sa diffusion à chacun des membres de la CU. En effet, une reformulation inadéquate peut choquer, voire réactiver un conflit par un sentiment d'incompréhension persistante.

Le médiateur transmet le compte rendu à la CU dans les huit jours suivant la rencontre.

Mensuellement, la CU se réunit en conseil restreint afin d'analyser les différentes réclamations et recommandations. Cette analyse mensuelle permet **l'élaboration d'un rapport annuel sur les droits des usagers** ainsi que des recommandations sur la politique de qualité de l'établissement. Ce rapport est alors transmis et débattu au sein de la Commission Médicale d'Etablissement permettant la **mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité des soins**.

D. Intérêts de la médiation

1. Pour l'utilisateur

La médiation permet d'obtenir un **accord rapide**, avec l'engagement des parties de satisfaire aux exigences qu'elles ont convenues. La procédure est entièrement **gratuite** pour l'utilisateur.

Elle offre la possibilité d'**améliorer les relations** entre les parties et de restaurer la **confiance** et la satisfaction du patient ou de sa famille.

2. Pour le praticien

Pour le praticien mis en cause dans un litige, théoriquement, la médiation garantit un **processus confidentiel** dans lequel les assureurs n'interviennent pas directement. Malheureusement ces règles ne sont pas toujours appliquées en pratique.

La prise en charge rapide de réels dysfonctionnements permet d'aboutir à des **solutions acceptables** par l'ensemble des parties alors que parfois le premier courrier du patient pouvait laisser craindre un recours au contentieux.

De plus la médiation permet de **gérer les conflits en « privé »**, évitant ainsi une médiatisation des affaires traitées qui peuvent potentiellement avoir des conséquences sur la réputation des établissements ou des personnels de santé.

3. Pour l'établissement

En plus d'être **rapide** et **peu coûteuse** pour l'établissement, la médiation permet de **repérer les différents problèmes** liés à son mode de fonctionnement via l'analyse des comptes rendus envoyés à la CU. La médiation permet ainsi d'**améliorer la qualité du service rendu** à partir de l'étude des dysfonctionnements identifiés par les patients, leurs proches ou leurs correspondants.

IV. LA CONCILIATION

Avec la loi du 4 mars 2002, le législateur a souhaité accorder une place importante à la conciliation afin de faciliter le règlement amiable « des autres litiges entre usagers et professionnels de santé, service de santé ou organismes ou producteurs de produits de santé » (article L.1142-5). La conciliation peut se faire soit **au sein des CCI** en cas de conflit, soit **au sein du Conseil de l'Ordre** lors d'une procédure disciplinaire à l'encontre d'un professionnel de santé.

A. Au sein des Commissions de Conciliation et d'Indemnisation

1. Acteurs

a. Les CCI

Ces commissions sont au nombre de 7 en France (hors DOM-TOM), 1 par région administrative réunies en 4 grands pôles²⁵.

CCI	PÔLE	Président
Ile de France	BAGNOLET Ile de France	Dorothee DIBIE
Nord, Picardie, Centre	BAGNOLET Nord	Serge FEDERBUSCH
Haute-Normandie, Basse Normandie, Bretagne, Pays de la Loire, La Réunion	BAGNOLET Ouest	Muriel DURAND
Aquitaine, Midi-Pyrénées, Limousin, Poitou-Charentes	BORDEAUX	Thierry LIPPMAN
Auvergne, Bourgogne, Franche- Comté, Rhône-Alpes	LYON Nord	Agnès CHAUVE
Languedoc-Roussillon, Provence Alpes Côte d'Azur	LYON Sud	Alexandra BEDELET
Champagne-Ardenne, Alsace, Franche Comté, Lorraine, Guyane, Guadeloupe, Martinique	NANCY	Axel BARLERIN

Ce sont des commissions administratives **indépendantes** qui n'ont ni personnalités juridiques, ni moyens financiers propres. Les personnels et moyens sont mis à disposition par l'ONIAM.

b. L'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux²⁵

Placé sous la tutelle du Ministère de la Santé, l'ONIAM, établissement public, a pour mission d'organiser le dispositif d'indemnisation amiable des victimes d'accidents médicaux fautifs et non fautifs, sans passer par une procédure en justice.

Après sa création par la loi du 4 mars 2002, la mission d'indemnisation de l'ONIAM a été progressivement élargie aux victimes :

- D'infections nosocomiales graves (loi n°2002-1577 du 30/12/2002 relative à la responsabilité civile médicale)
- D'accidents médicaux résultant de mesures sanitaires d'urgence, de vaccinations obligatoires
- De dommages transfusionnels résultant de contamination par le VIH, hépatite C, hépatite B causés par une transfusion de produits sanguins ou par une injection de médicaments dérivés du sang
- Du benfluorex (Médiator)

c. La Commission Nationale des Accidents Médicaux²⁶

Elle est chargée de prononcer l'inscription d'experts en accidents médicaux sur une liste nationale, d'établir des recommandations sur la conduite des expertises, de veiller à l'application homogène du dispositif et d'en évaluer le fonctionnement dans un rapport annuel²⁰.

2. La procédure de conciliation¹⁶

Cette mission **méconnue** et **peu utilisée**, fait référence à l'article L.1114-4 :

« La commission régionale de conciliation et d'indemnisation mentionnée à l'article L.1142-5, réunie en formation de conciliation, peut être saisie par toute personne de contestations relatives au respect des droits des malades et des usagers du système de santé »

Pour être recevable devant la CCI, le litige doit avoir pour origine un fait survenu à compter du 5 septembre 2001. Le délai de prescription est de 10 ans à compter de la consolidation du dommage (Art. L.1142-28)

a. Qui ?

La CCI peut être saisie par :

- Un usager s'estimant victime de la violation d'un de ses droits (respect de la dignité, de sa vie privée, du secret des informations, information sur son état de santé, accès au dossier médical, ...)
- Une association ou une personne estimant que les droits des usagers du système de santé n'ont pas été respectés

b. Pourquoi ?

La CCI peut être saisie par la victime pour une demande de conciliation initiale :

- Si elle n'est **pas satisfaite des soins** qui lui ont été dispensés
- Si elle est en **désaccord** avec un professionnel de santé ou un établissement de santé, y compris pour une recherche biomédicale (en cas de participation au protocole d'essai d'un nouveau médicament ou traitement)
- Si elle a été **victime d'un dommage** dont la gravité est inférieure au seuil de gravité fixé par l'article D.1142-1

La procédure de conciliation peut également se mettre en place lorsque **la commission d'indemnisation se déclare incompétente**. Elle doit alors informer le demandeur de la possibilité de saisir la CCI en vue d'une conciliation.

« Lorsque le président ou un président adjoint considère, soit au vu des pièces justificatives de la demande mentionnées à l'article R. 1142-13, soit au regard des observations du ou des experts auxquels il aura soumis ces pièces en application de l'article R. 1142-14, soit, après l'expertise prévue à l'article R. 1142-15-2, que les dommages subis ne présentent manifestement pas le caractère de gravité prévu au II de l'article L. 1142-1, il déclare la commission incompétente. Dans les autres cas, il soumet la décision à la délibération de la commission. Le demandeur ainsi que le professionnel, l'établissement, le centre, l'organisme de santé ou le producteur, l'exploitant ou le distributeur de produits de santé concerné par la demande, ainsi que son assureur et l'organisme de sécurité sociale auquel était affiliée la victime, en sont informés par lettre recommandée avec accusé de réception. La lettre recommandée envoyée au demandeur informe celui-ci de la possibilité de saisir la commission en vue d'une conciliation » Art. R.1142-15

c. Saisine de la CCI (Art R.1142-20)

La victime peut saisir la commission par courrier recommandé avec accusé de réception. La demande de conciliation indique l'objet du litige, ainsi que les coordonnées de la victime et celles du professionnel de santé et/ou de l'établissement de santé concernés qui seront informés directement par la Commission.

d. Procédure

La victime et le professionnel de santé sont entendus, soit par la commission dans son ensemble, soit par un membre de la commission. Cette mission de conciliation peut être déléguée par la commission « à l'un de ses membres » ou « à un ou plusieurs médiateurs extérieurs » (article L.1142-5, alinéa 4) qui agissent « dans la limite des compétences dévolues, disposent des mêmes prérogatives et sont soumis aux mêmes obligations que les membres de la commission ».

Afin de faciliter la conciliation, la commission peut, avec l'accord du demandeur, éventuellement se dessaisir et **transmettre la demande** de conciliation soit à la CU concernée, soit à l'assemblée interprofessionnelle régionale, soit au conseil de l'ordre dont dépend la demande. Art. R.1142-21

Actuellement, l'appel à un **médiateur extérieur** se fait dans la majorité des procédures de conciliation (60% des cas). L'appel à un ou plusieurs des membres de la commission se fait dans 22% des cas et l'appel à l'ensemble de la commission dans 18% des cas. La transmission de la demande de conciliation à une autre instance est quasi inexistante. De 2007 à 2013, 4 dossiers ont été transmis à un autre organisme, sans que l'on sache le motif de cette transmission.

En cas de conciliation, totale ou partielle, c'est-à-dire que les parties parviennent à un accord sur l'ensemble ou sur une partie du litige, la commission constate la conciliation dont les termes font l'objet d'un **document de conciliation**. Ce document fait également apparaître les points de désaccord qui subsistent lorsque la conciliation est partielle. Le document est signé par les intéressés et par le président de la commission et un exemplaire original est remis à chaque partie. Art. R.1142-22

3. La conciliation : un recours en cas d'incompétence à la voie d'indemnisation

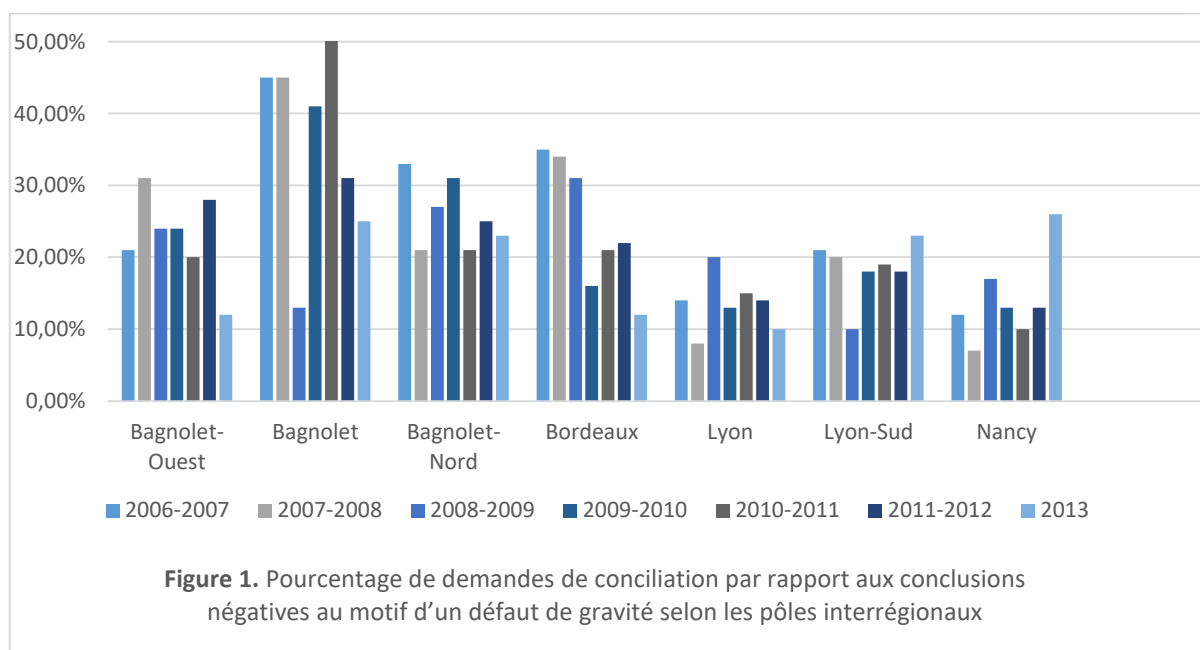
Dans les faits, la procédure de conciliation au sein des CCI est **méconnue** du grand public et **très peu utilisée**. Les rapports de la CNAMed^{27 à 37} réalisés chaque année montrent que la plupart des demandes déposées au sein des CCI concerne les demandes d'indemnisation. De 2003 à 2013 les demandes de conciliation initiale représentent moins de 1% de la totalité des demandes adressées à la CCI.

A noter également qu'en 10 ans, aucune demande de conciliation initiale fondée sur un motif autre que celui de l'indemnisation n'a été introduite.

Années	Nombre total de demandes	Nombre de demandes d'indemnisation	Nombre de demandes initiales de conciliation	Pourcentage de dossiers de conciliation
2003-2004	3253	3241	12	0.36%
2004-2005	3097	3040	57	1.84%
2005-2006	2680	2661	19	0.70%
2006-2007	3029	2988	41	1.35%
2007-2008	3579	3534	45	1.25%
2008-2009	3415	3404	11	0.32%
2009-2010	3788	3706	82	2.16%
2010-2011	4249	4208	41	0.96%
2011-2012	4288	4272	16	0.37%
2012-2013	4345	4314	31	0.71%
2015	?	4319	?	

En réalité, les demandes de conciliation sont plus nombreuses, mais elles interviennent après que la CCI s'est déclarée incompétente suite à une demande d'indemnisation. Elle informe alors le demandeur de son droit de saisir la commission en formation de conciliation. Le rapport entre les demandes de conciliation et le nombre de demandes ne remplissant pas les critères de gravité (sans ou après expertise) est en moyenne de 22% sur les dix dernières années. Ce rapport a tendance à s'homogénéiser au fil des ans.

Il existe des différences interrégionales marquées avec des variations allant en moyenne de 15% (Lyon, Nancy) à 35% (Bagnole) (Figure 1).



4. Le processus d'indemnisation¹⁶

Le législateur a fixé certaines conditions permettant de bénéficier de la solidarité nationale et d'accéder au dispositif d'indemnisation. Ces conditions permettent de limiter le nombre de demandes et de réserver cette procédure aux victimes de dommages « importants », définis par le taux de déficit fonctionnel permanent (DFP).

L'une de ces conditions est la date de réalisation de l'acte médical ayant entraîné l'accident médical qui doit être postérieure au 4 septembre 2001. Et il existe un délai de prescription à compter de la consolidation du dommage qui est de dix ans.

L'autre condition concerne le seuil de gravité. Le dommage subi par la victime doit être supérieur à un seuil de gravité fixé par décret (Art. D.1142-1) :

- Un déficit fonctionnel permanent (DFP) supérieur à 24% (auparavant appelé AIPP : Atteinte permanente à l'Intégrité Physique ou Psychique) : le taux est fixé par un barème annexé au décret n°2003-314 du 4 avril 2003
- Une durée d'arrêt temporaire d'activité professionnelle supérieur à 6 mois consécutifs ou non consécutifs sur une période de 1 an : il peut également s'agir d'un arrêt partiel comme un mi-temps thérapeutique par exemple
- Un déficit fonctionnel temporaire (DFT) total ou partiel d'au moins 50% sur une période supérieure à 6 mois consécutifs ou 6 mois non consécutifs sur une période d'un an : il existe un barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun annexé au décret 2003-314 du 4 avril 2003

Si la demande répond à un seul des critères sus cités, le dossier passe par une expertise gratuite. Elle permet de déterminer avec précision l'acte à l'origine du dommage et les différents chefs de préjudice.

Si la commission se déclare non compétente, il existe plusieurs possibilités de recours pour la victime :

- Saisir la commission d'une demande de conciliation (cf. ci-dessus)
- Saisir les juridictions de droit commun (tribunal administratif ou de grande instance) en cas d'échec de toute solution amiable
- Saisir les associations d'usagers
- Saisir le Défenseur des droits

Après l'expertise a lieu le passage en commission où chaque partie est entendue lors de débats à huis clos. Chacun des participants est soumis au secret médical. Lorsque l'avis est positif, la commission invite l'assureur et/ou l'ONIAM à présenter à la victime une offre d'indemnisation. La CCI ne se prononce pas sur les montants en euros. Elle transmet son avis à l'ONIAM ou à l'assureur avec évaluation des différents préjudices. Ces derniers ne sont pas obligés de suivre l'avis émis par la CCI.

Si la responsabilité d'un professionnel de santé est retenue, l'assureur du professionnel de santé doit faire une proposition d'indemnisation dans un délai de 4 mois

suyant la réception de l'avis. L'assurance dispose d'un mois après réception de l'acceptation de son offre pour verser le montant.

Si le préjudice n'est lié à aucun acte engageant la responsabilité d'un professionnel de santé, on parle d'aléa thérapeutique. L'indemnisation de la victime est alors prise en charge par l'ONIAM, seulement si le dommage dépasse le seuil de gravité. La procédure et les délais d'indemnisation sont identiques à ceux qui s'imposent à l'assureur.

L'acceptation de l'offre par la victime supprime la possibilité de faire un recours devant un tribunal administratif ou civil ou de percevoir une indemnisation de la part d'un autre organisme.

B. Au sein des Conseils de l'Ordre

1. Acteurs

a. Conseil de l'Ordre des médecins³⁸

L'Ordre des médecins est un organisme de droit privé chargé d'une mission de service public. Il assure la défense de l'honneur, l'indépendance et la représentation de la profession auprès de la population, des administrations et des services de l'État. L'Ordre est présent à différents échelons administratifs et remplit différentes missions :

- le Conseil Départemental : tient à jour le tableau des médecins, c'est un interlocuteur des pouvoirs publics et des organismes de protection sociale, a un rôle de conseil et d'entraide auprès des médecins, organise la permanence des soins, organise la conciliation des litiges impliquant un médecin, transmet les plaintes dont il est saisi
- le Conseil régional est l'interlocuteur des instances régionales du système de santé, notamment les nouvelles structures mises en place autour des Agences régionales de santé (ARS)
- le Conseil national fédère l'activité de l'ensemble des conseils, il agit aux niveaux administratif et juridictionnel et est l'interlocuteur clé des instances ministérielles et des organismes de santé nationaux

C'est un organisme **indépendant**, assuré par un financement reposant sur une cotisation des médecins sans aucune subvention pour aucune de ses missions.

Les membres d'un conseil de l'ordre sont élus pour six ans par les médecins. Ces conseils sont renouvelés par moitié tous les trois ans. Les conseils départementaux élisent les membres des Conseils régionaux et du Conseil National. Ce dernier est constitué de 54 membres élus par les Conseils Départementaux (dont quatre suppléants), un membre désigné par l'Académie de médecine et un conseiller d'Etat nommé par le Garde des Sceaux.

Le Conseil a plusieurs fonctions :

- Une fonction juridictionnelle : il assure le **rôle d'instance disciplinaire** pour les médecins ne respectant pas la déontologie après avoir assuré une mission de conciliation ; il existe également une **chambre d'arbitrage** permettant un **règlement rapide des conflits** entre médecins **sans recours à d'autres tribunaux**
- Une fonction de conseil des pouvoirs publics : c'est un interlocuteur auprès des parlementaires pour faire part de ses avis concernant les lois, les ministères, les agences de santé et des ARS
- Une fonction fédératrice : c'est la seule institution française qui rassemble et fédère l'ensemble des médecins, quels que soient leur statut, leur âge, leur mode d'exercice, leur spécialité
- Une fonction déontologique : une de ses missions clés consiste à la rédaction et l'évolution du Code de déontologie médicale, inscrit dans le Code de Santé Publique
- Une fonction réglementaire : c'est le garant de la compétence et de la probité du corps médical en établissant et actualisant le tableau des médecins et de leur qualification ; il veille ainsi aux conditions d'exercice notamment en terme de sécurité et de garantie du bon exercice de la profession (libellé des ordonnances, examen des contrats professionnels, délivrance des autorisations de remplacement, exercice en sites multiples, ...)

b. Chambre disciplinaire de première instance

La chambre disciplinaire de première instance est une juridiction qui exerce sa compétence à l'égard des médecins inscrits au tableau de l'Ordre. C'est l'un des organes par lesquels l'Ordre des médecins veille à l'observation par ses membres de leurs devoirs professionnels. Elle est chargée de se prononcer sur les plaintes dirigées contre des médecins pour manquement aux règles déontologiques énoncées aux articles R.4227-1 à R.4127-112 du code de la santé publique³⁹.

Une chambre est composée de 9 membres :

- 1 président qui est un magistrat du corps des tribunaux administratifs, désigné par le vice-président du Conseil d'Etat
- 8 médecins assesseurs titulaires élus par le conseil régional auprès duquel la Chambre est placée
- Des membres adjoints ayant une voix consultative (représentant du médecin inspecteur régional, un professeur d'une unité de formation et de recherche de la médecine et le représentant du médecin-conseil de l'assurance maladie régionale)

La Chambre siège en formation d'au moins cinq membres ayant chacun une voix délibérative et chacune de ses décisions est rendue en formation collégiale. Elle forme le premier degré de la juridiction ordinaire et ses moyens de fonctionnement sont perçus par le conseil régional de l'ordre des médecins dont elle dépend. Les décisions de la chambre sont susceptibles d'appel devant la chambre disciplinaire nationale de l'ordre des médecins. Etant une juridiction administrative les décisions de la chambre peuvent être contestées par voie de cassation devant le Conseil d'Etat.

2. Modalités de saisine

a. Un particulier

Les plaignants ne peuvent pas porter plainte directement devant la chambre disciplinaire. Ils doivent au préalable, saisir le conseil départemental de l'ordre des médecins auquel le praticien poursuivi est inscrit à la date de saisine de la juridiction.

N'importe quel usager s'estimant victime d'un manquement déontologique de la part d'un professionnel de santé peut déposer une plainte auprès du conseil de l'ordre. Il peut s'agir des patients, des ayants droits d'un patient décédé, d'un autre médecin, d'une personne mécontente des soins reçus, d'une administration, du Trésor Public, de l'Assurance maladie, ou encore d'une association représentant des patients ayant des difficultés d'accès aux soins.

Le plaignant doit avoir à se plaindre personnellement du médecin qu'il poursuit. Un tiers (parent ou proche) ne peut pas agir pour une personne sauf si elle est mineure, sous tutelle ou dans l'incapacité physique de le faire. Seul un avocat inscrit au barreau peut représenter un plaignant.

b. Une autorité

Les autorités habilitées à saisir directement la chambre disciplinaire d'une plainte sont les suivantes :

- Le conseil national de l'ordre des médecins
- Le conseil départemental de l'ordre des médecins au tableau duquel le praticien poursuivi est inscrit à la date de la saisine de la juridiction
- Le ministre chargé de la santé
- Le préfet du département au tableau duquel est inscrit le praticien intéressé
- Le directeur général de l'agence régionale de santé dans le ressort de laquelle exerce le praticien intéressé
- Le procureur de la République du tribunal de grande instance dans le ressort duquel le praticien est inscrit au tableau
- Un syndicat ou une association de praticiens

Les plaintes sont adressées au greffe de la chambre disciplinaire de première instance et sont signées de leur auteur.

c. Cas particuliers des médecins exerçant une mission de service publique

Les professionnels chargés d'un service public ne peuvent être traduits devant la chambre disciplinaire de première instance pour des actes occasionnés par leur fonction publique par un particulier. Ainsi une personne souhaitant déposer une plainte contre un médecin du service public doit s'adresser à une des autorités suivantes :

- Le ministre de la santé
- Le préfet du département
- Le procureur de la République auprès du tribunal de grande instance
- Le directeur de l'Agence Régionale de Santé
- Le conseil national de l'ordre des médecins
- Le conseil départemental de l'ordre des médecins dont ces professionnels dépendent

Ces autorités doivent expressément reprendre à leur compte les griefs de la personne qui les a saisies.

3. Motifs de plaintes

Les causes de plaintes sont liées au **comportement ou à des actes du médecin ne respectant pas les règles de la déontologie**. Il peut également s'agir d'un comportement portant atteinte à l'honneur de la profession. Un médecin peut ainsi être mis en cause pour ne pas avoir honoré ses dettes auprès du Trésor Public ou de l'Urssaf.

4. Procédure⁴⁰

a. Saisine de l'Ordre

La plainte doit être formulée par écrit et adressée en courrier recommandé avec accusé de réception au président du conseil départemental de l'Ordre. Elle doit nécessairement comporter les éléments suivants :

- identification du professionnel mis en cause
- détails des circonstances amenant la plainte et exposé des faits reprochés (griefs)
- demande expresse de mise en œuvre de la procédure disciplinaire

- et tout document utile à l'action (ordonnance, certificat, facture d'honoraires, attestation, etc.)

Lorsque la plainte est déposée devant le conseil départemental, son président en accuse réception et informe le médecin mis en cause. Il **convoque alors chaque partie**, dans un délai d'un mois à compter de la date d'enregistrement de la plainte, en vue d'**une procédure de conciliation**.

b. Procédure de Conciliation (Art. L.4123-2)

Cette procédure est **obligatoire**, néanmoins les parties ne sont pas obligées d'y assister. Toutefois il est vivement conseillé à tout médecin qui se voit proposer une réunion de conciliation, de s'y présenter. En effet, si le dossier de plainte est transmis ultérieurement au Conseil Régional, le refus de participer à la réunion organisée par le Conseil Départemental peut ne pas plaider en sa faveur.

Chaque partie peut se faire accompagner d'une tierce personne de son choix (membre de la famille, amis, confrère, juriste, etc...). Dans un souci d'équité, le Conseil se doit d'informer l'autre partie de la présence éventuelle d'un accompagnant.

Un ou plusieurs des membres du conseil désignés comme conciliateurs (ou Conseillers Ordinaux) reçoivent les parties pour leur permettre d'échanger et de rapprocher leurs positions. Ces conciliateurs ne peuvent accepter cette mission que s'ils n'ont aucun lien direct ou indirect avec les faits concernés. **L'objectif est d'amener le plaignant et le professionnel de santé à résoudre leur litige**. A la fin de la procédure, un procès-verbal est rédigé constatant soit la carence de l'une des parties, soit l'absence de conciliation, soit la conciliation totale ou partielle du litige. **Le plus souvent cette réunion aboutit à la résolution du différend**.

En cas de non conciliation, le conseil départemental l'examine en réunion plénière, puis la transmet à la chambre disciplinaire de première instance avec avis motivé, dans un délai de 3 mois à compter de la date d'enregistrement de la plainte. Dans cet avis, il indique le constat ou non d'une faute déontologique et peut, le cas échéant, s'associer à la plainte.

c. Transmission à la chambre disciplinaire de première instance

Chaque plainte transmise à la chambre disciplinaire est enregistrée et un accusé de réception est adressé au plaignant. Lorsque la plainte est susceptible d'être jugée irrecevable au cours de l'instance, le président de la chambre disciplinaire invite le plaignant à régulariser la procédure dans un délai maximum de 1 mois (Art R. 4126-15). Au-delà de ce délai la plainte sera jugée irrecevable.

L'instruction de la plainte est écrite et contradictoire, c'est-à-dire qu'elle est fondée uniquement sur les pièces rapportées au dossier. Dès son enregistrement, la plainte est notifiée au praticien qu'elle met en cause ainsi qu'au conseil départemental de l'ordre des médecins dont il dépend (Art R. 4126-12). Cette notification invite celui-ci à produire un mémoire de défense ainsi que toutes les pièces qu'il jugera utiles, dans un délai ne pouvant être inférieur à 1 mois. Le président de la chambre désigne un rapporteur qui participe à l'instruction de la plainte (Art R.4126-18). A son initiative, il entend chaque partie et peut leur demander des précisions ou des documents utiles à la solution du litige. Chaque audition donne lieu à un procès-verbal qui est communiqué aux parties. Le rapporteur rédige ensuite son rapport dans lequel il expose objectivement les faits sans prendre parti, et le remet au président.

Le président de la chambre disciplinaire décide des affaires qui seront appelées à une audience déterminée et en informe les parties au moins 15 jours avant la séance. L'audience est publique : toute personne, même étrangère au litige, peut y assister. Toutefois, le président peut, d'office ou à la demande d'une partie, interdire l'accès de la salle au public, pendant tout ou partie de l'audience "dans l'intérêt de l'ordre public ou lorsque le respect de la vie privée ou du secret médical le justifie" (Art. R.4126-16). Après avoir entendu le rapport du rapporteur, la chambre disciplinaire de première instance entend les observations du plaignant puis du praticien visé par la plainte. Lorsqu'elle dispose des éléments nécessaires pour juger, la chambre disciplinaire rend un jugement « sur le fond ». Les décisions sont prises de manière collégiale à l'issue d'un délibéré qui se déroule hors de présence des parties. En cas de partage des voix, celle du président est prépondérante (Art. R. 4126-27). La décision est publique et notifiée à toutes les parties.

5. Sanctions et recours (Art. L.4124-6)¹⁶

La chambre disciplinaire de première instance peut décider, soit de rejeter la plainte, soit de condamner le médecin poursuivi à l'une des peines suivantes :

- l'avertissement
- le blâme
- l'interdiction temporaire d'exercer avec ou sans sursis, cette interdiction ne pouvant excéder trois années
- l'interdiction définitive d'exercice et la radiation du tableau de l'Ordre
- l'obligation de formation professionnelle, dans certains cas

La chambre ne se prononce en aucune manière pour une indemnisation. En revanche, la procédure disciplinaire ne fait pas obstacle ou à la poursuite d'autres procédures pénales, civiles ou administratives et peut faciliter l'obtention d'une indemnisation.

Il existe des voies d'appel et de cassation de ces décisions. Le délai d'appel est de 30 jours à compter de la notification de la décision (Art 4126-44). L'appel peut demander l'aggravation ou l'allègement de la sanction, voire son annulation. Peuvent faire appel de la

décision : le plaignant, le médecin mis en cause, le ministre de la Santé, le Préfet, le Procureur de la République, le directeur général de l'ARS et le conseil national de l'Ordre. Au-delà de l'appel, il existe une structure de cassation : le Conseil d'État.

A noter qu'en cas de plainte abusive la chambre disciplinaire de première instance peut d'office infliger à l'auteur une amende dont le montant ne peut excéder 3000 euros (Art R.4126-31).

V. LE DEFENSEUR DES DROITS

C'est une **institution de l'Etat complètement indépendante**. Elle est chargée de :

- défendre les personnes dont les droits ne sont pas respectés
- permettre l'égalité de tous et toutes dans l'accès aux droits

Le Défenseur des droits privilégie le **règlement amiable** pour résoudre les litiges qui lui sont soumis. Il renoue le dialogue entre les parties et veille à assurer une bonne application du droit et de l'équité.

A. Organisation

1. Le Défenseur des Droits

Le Défenseur des droits est nommé par le Président de la République pour un mandat de six ans non renouvelable, après avis conforme des commissions compétentes du Parlement (application de l'article 13 de la Constitution)⁴². A ce jour le Défenseur des Droits est représenté en la personne de Jacques Toubon depuis 2011.

Dans l'exercice de ses attributions, le Défenseur des droits est assisté de trois adjoints placés sous son autorité, et qui l'assistent respectivement dans leur domaine de compétence : défense des enfants, déontologie de la sécurité et lutte contre les discriminations (auxquels s'ajoute un délégué général à la médiation avec les services publics). Chaque adjoint est également vice-président du collège correspondant à sa compétence. En effet, le défenseur des droits préside trois collèges consultatifs qui l'assistent en assurant l'examen des questions posées à l'institution.

2. Les délégués

Les délégués du Défenseur des droits ont été créés par la loi organique du 29 mars 2011 : le Défenseur des droits « peut désigner, sur l'ensemble du territoire ainsi que pour les Français de l'étranger, des délégués, placés sous son autorité, qui peuvent, dans leur ressort géographique, **instruire des réclamations** et participer au **règlement des difficultés signalées** [...] » Article 37 de la loi organique n° 2011-333 du 29 mars 2011 relative au Défenseur des droits¹⁴.

Toutefois, l'histoire des délégués est beaucoup plus ancienne et s'explique par l'existence des quatre autorités indépendantes qui ont été réunies en une seule. En effet, avant 2011, trois de ces quatre organismes, le Médiateur de la République, la Haute autorité

de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (HALDE) et le Défenseur des enfants, disposaient d'un réseau territorial.

Les délégués du Défenseur des droits peuvent recevoir et analyser la recevabilité des demandes des citoyens concernant :

- les droits et libertés des usagers des services publics
- la défense des droits des enfants
- la lutte contre les discriminations
- les manquements à la déontologie de la sécurité

Dans les trois premiers domaines, ils peuvent **traiter les réclamations recevables par la voie du règlement amiable**. En revanche les demandes recevables concernant la déontologie de la sécurité sont transmises au siège pour traitement.

Les délégués exercent leurs fonctions à titre bénévole. Présents sur l'ensemble du territoire au nombre de 397, ils représentent les deux tiers des collaborateurs de l'institution. Les délégués reçoivent et traitent environ 80% des demandes adressées au Défenseur des droits. Ils sont présents dans divers lieux : préfectures, sous-préfectures, maisons de justice et du droit, maisons de service public... Des permanences sont également organisées en milieu carcéral.

B. Dans quel cas s'adresser au Défenseur des droits ?⁴³

Toute personne physique ou morale, quel que soient sa nationalité ou son lieu de résidence, peut s'adresser au Défenseur des Droits. Elle peut le saisir pour plusieurs cas :

- Lors de difficultés avec un service public ou une administration et que les démarches pour faire valoir ses droits n'ont pas abouti
- Lorsque qu'un enfant est privé de ses droits ou que son intérêt n'est pas respecté
- Lorsque la personne est victime d'une discrimination dans un domaine tel que l'emploi, le logement, l'accès à un service...
- Lors d'un manquement à la déontologie par un représentant de l'ordre public (policier, gendarme, douanier...) ou privé (agent de sécurité privée...).

Dans le cadre de sa **mission de santé** le Défenseur des Droits peut être saisi pour :

- Non accès au dossier médical
- Etre potentiellement victime d'une erreur médicale
- Ne pas avoir été informé des risques liés à une intervention chirurgicale
- Etre victime d'un refus de soins ou d'une discrimination par un professionnel de santé
- Avoir contracté une infection nosocomiale et connaître les différentes voies de recours pour une indemnisation
- Signaler des faits de maltraitance dans un hôpital ou une maison de retraite

C. Comment saisir le Défenseur des droits ?⁴⁴

Il existe plusieurs moyens de saisir le défenseur des droits :

- Par téléphone (0810-455-455)
- Par le formulaire en ligne disponible sur le site du Défenseur des Droits (www.defenseurdesdroits.fr)
- Par les délégués du Défenseur des Droits, présents dans chaque département (3 à Nancy, 1 à Pont-à-Mousson, 2 à Metz, ...)
- Par courrier postal, à l'adresse suivante : 7 rue Saint Florentin -75409 Paris

Le recours au Défenseur des droits est **gratuit**. Lorsqu'il est saisi, il est important de transmettre la copie de l'ensemble des documents relatifs à la demande pour en faciliter le traitement.

La saisine du Défenseur des droits n'interrompt et ne suspend ni les délais de prescription des actions civiles, administratives ou pénales ni ceux des recours administratifs ou contentieux. Il ne peut remettre en cause une décision de justice.

D. Les modes d'interventions du Défenseur des droits⁴⁵

Après avoir vérifié que la demande relevait bien de ses missions, le Défenseur des droits définit un traitement adapté à la situation. Pour traiter les réclamations dont il est saisi, le Défenseur des droits dispose de larges pouvoirs d'enquête. Il peut :

- demander que lui soit transmis tout élément utile
- rencontrer, à travers des « auditions », les réclamants, témoins ou personnes mises en cause
- se rendre sur place pour procéder à des vérifications, dans des locaux publics et privés

Au-delà de la saisine par les réclamants, le Défenseur des droits dispose d'une gamme de pouvoirs diversifiés lui permettant de s'adapter à une multitude de situations.

1. La saisine d'office

Le Défenseur des droits peut désormais se saisir en toutes circonstances d'un cas entrant dans le champ de ses compétences. Si la personne concernée (ou ses ayants-droit) est identifiée, elle doit être avertie et reste libre de refuser l'intervention du Défenseur des droits (sauf lorsqu'est en cause l'intérêt supérieur d'un enfant).

2. L'intervention devant les juridictions

Dans tous ses domaines de compétences, le Défenseur des droits peut prendre la décision de présenter des observations devant les juridictions civiles, administratives ou pénales dans un dossier dont il est saisi. Cette faculté était jusqu'ici réservée à la Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité. Pour les trois autres autorités, leur action s'arrêtait devant la porte des tribunaux : ni le Médiateur de la République ni la Commission nationale de déontologie de la sécurité ne pouvaient intervenir dans le cadre d'un procès. Quant au Défenseur des enfants, il s'était même vu expressément interdit d'intervenir dans des affaires où une procédure était engagée devant une juridiction.

3. Le droit de suite

Suite à sa création en 2011, le Défenseur des droits a pu s'appuyer sur une nouvelle prérogative générale et déterminante, octroyée par la loi, celle de pouvoir exercer un véritable « droit de suite » sur les recommandations qu'il prononce. Là où ses prédécesseurs devaient se borner à transmettre une recommandation à la personne mise en cause, le Défenseur des droits peut, en l'absence de réaction de celle-ci ou d'insuffisance de sa réponse, exercer un pouvoir d'injonction, émettre un ordre exprès et solennel de se mettre en conformité dans un délai qu'il fixe avec le contenu de la recommandation. S'il n'est pas donné suite à l'injonction, le Défenseur des Droits établit et rend public un rapport spécial.

4. L'investigation

Le Défenseur des droits dispose en premier lieu de moyens généraux d'information classiques (demande d'explications et communications de pièces). Néanmoins, leur exploitation peut donner lieu à des recherches approfondies de nature à mettre au jour des pratiques illégales.

En second lieu, le Défenseur des droits peut convoquer la personne mise en cause (qui peut se faire accompagner par un conseil de son choix), auditionner les personnes concernées ou conduire une vérification sur place (dans les locaux administratifs ou privés, les moyens de transport accessibles au public, les locaux professionnels...), le cas échéant sous le contrôle d'un juge.

5. Le règlement des différends

Depuis 2011 le Défenseur des droits dispose d'une capacité d'intervention dans le règlement des différends face à deux grands types de réclamations : celles qui trouvent leur origine dans divers dysfonctionnements et celles provoquées par une faute.

a. Réclamations à types de dysfonctionnement (article 25, 26 et 28 de la loi organique n°2011-333 du 29 mars 2011 relative au Défenseur des Droits)

Les réclamations relevant du domaine de l'erreur, de l'incompréhension, ou encore du dysfonctionnement relèvent du **règlement amiable**. L'intervention du Défenseur des droits s'inscrit dans une logique inspirée par le souci d'apporter une réponse **rapide et pragmatique**, dans le but d'éviter un règlement par la voie contentieuse. **Près de 80% des règlements amiables proposés aboutissent favorablement**. La résolution de ce type de différends peut emprunter plusieurs voies (qui toutes supposent l'accord des parties en présence) :

- Le règlement informel : il se traduit le plus souvent par des échanges de courriers sans formalisme particulier, c'est le mode d'intervention privilégié des délégués du Défenseur des droits
- La médiation : elle permet d'éviter de passer par une action en justice, cette procédure reste encadrée par la loi, garantissant notamment au réclamant et à la personne mis en cause la confidentialité de leurs échanges ; elle peut donner lieu à des solutions diverses (changement de comportement, transaction, etc...)
- La transaction pénale : lorsque, après enquête, le Défenseur des Droits estime qu'il y a eu une discrimination volontaire qui relève du Code pénal, il peut proposer une transaction pénale qui peut prévoir notamment une amende, une indemnisation de la victime ou une publication (si la transaction est refusée, le Défenseur des Droits peut déclencher une poursuite pénale)
- La recommandation en vue d'un règlement en droit : elle se formule dès lors qu'une réponse juridique de principe clairement identifiée le permet
- La recommandation en vue d'un règlement en équité

b. Réclamations relevant du domaine de la faute, du manquement ou de la responsabilité

Dans ces hypothèses, le Défenseur des droits privilégie des **sanctions**, qu'il appartiendra à l'autorité administrative ou judiciaire de prendre. Cette approche peut l'engager dans trois directions :

- Le soutien à l'accès au droit : lorsqu'un délit de discrimination est constitué ou que la protection des droits de l'enfant est en cause, le Défenseur des droits peut exercer une mission d'assistance pré-juridictionnelle auprès du réclamant dans la constitution de son dossier, en l'orientant vers la procédure contentieuse la mieux adaptée
- L'intervention devant l'autorité disciplinaire : dans tous ses domaines de compétences, le Défenseur des droits peut prendre la décision de saisir l'autorité disciplinaire pour demander à celle-ci d'engager des poursuites contre un fonctionnaire qui a commis un manquement caractérisé ; en outre, il peut demander à l'administration de prendre des sanctions contre une personne physique ou

morale, publique ou privée soumise à autorisation ou agrément administratifs et qui serait à l'origine d'une discrimination (dans ces hypothèses, l'absence de réaction du mis en cause déclenche la procédure de rédaction d'un rapport spécial qui peut être rendu public)

- L'intervention devant le juge : dans tous ses domaines de compétences, le Défenseur des droits peut prendre la décision d'intervenir devant les juridictions civiles, administratives ou pénales pour faire valoir ses observations

E. Exemples de dossiers traités par le Défenseur des Droits en 2015

Au cours de l'année 2015, le domaine de la santé a représenté 12% des demandes de réclamations reçues par le Défenseur des droits, soit 9551 dossiers (sur un total de 79 592 dossiers). Les motifs de saisine du Défenseur des droits sont variés. Ainsi au cours de l'année 2015, le Défenseur ou ses délégués ont été saisis pour les motifs suivants :

- Le remboursement de frais engagés suite à la perte d'une prothèse dentaire
- Une erreur dans le remboursement de frais médicaux
- Un remboursement d'une paire de lunettes cassée par un autre patient
- L'orientation d'un patient vers un nouvel EHPAD après résiliation d'un contrat de séjour
- Le non-respect du choix de domicile (pression exercée par un médecin pour placer une patiente en EHPAD, contre le souhait de celle-ci de retourner à domicile)
- Souhait d'une patiente de connaître les modalités d'incinération de son enfant suite à une IMG
- Allégations de maltraitance dans un service d'onco-pédiatrie
- Qualité de prise en charge dans une unité d'urgences d'un CHU suite à une chute de cheval
- Amélioration de la prise en charge des personnes vulnérables dans un service d'urgences

VI. DISCUSSION

La loi du 4 mars 2002 a organisé le traitement des insatisfactions ou des plaintes des patients au sens large du terme, par la **mise en place de deux dispositifs**. D'une part, un dispositif **interne aux établissements** de santé avec la **création des CU** et l'intervention de **médiateurs** médicaux et non médicaux. D'autre part, le traitement par les **CCI** des conséquences d'accidents graves ayant entraîné un préjudice corporel ou économique par une procédure d'indemnisation ou de **conciliation**.

En 2002, dans l'esprit du législateur et des associations de malades, l'externalisation de la conciliation, qui était jusqu'alors traitée par les commissions de conciliation internes aux établissements, avait pour ambition de proposer aux patients un **espace de dialogue indépendant du corps médical** de l'établissement concerné. Dans cet espace neutre et indépendant, grâce à l'intervention d'un conciliateur, les victimes devaient pouvoir obtenir toutes les informations sur la survenue de l'accident. En phase de conciliation, les CCI ne devaient traiter que les dossiers importants ayant entraîné des dommages sérieux pour le malade. **Après 15 ans de fonctionnement, force est de constater que le volet conciliation des CCI n'a jamais trouvé sa place**⁴⁶. Quant à la **médiation**, instruite par les CU, **elle n'est cantonnée qu'à la gestion de l'ensemble des plaintes et réclamations liées au séjour** dans l'établissement et ce, en-dehors de tout aspect de demande d'indemnisation.

Quelles sont les raisons empêchant la médiation d'être utilisée comme un espace d'échange entre un médecin et un usager même lors de faute ou d'accident médical ? Comment améliorer le système de médiation ?

Quelles sont les raisons de l'échec de la conciliation au sein des CCI ? Peut-elle être améliorée ? Doit-elle être supprimée ?

A. Des droits méconnus

1. Par le patient

Un problème fréquemment rencontré dans la société est la **fracture** qui existe entre les **avancées législatives** et la **connaissance des nouvelles règles par les citoyens**. Il en est de même pour les droits des patients⁴⁷.

Ainsi, en septembre 2010, un sondage BVA intitulé « les français et les droits des patients⁴⁸ » faisait apparaître deux enseignements concernant les droits des patients et les dispositifs :

- L'appellation « droits des patients » est peu évocatrice : à la question « globalement, avez-vous le sentiment de savoir quels sont les droits des

patients ? », seulement 27% des personnes interrogées répondent « oui », et 70% « non »

- Les dispositifs mis en place pour assister les usagers sont connus par moins d'un tiers des français et sont donc peu utilisés
 - 34% connaissent le médiateur médical
 - 30% connaissent la CCI
 - 29% connaissent le pôle santé du Médiateur de la République
 - 17% seulement connaissent la CRUQPC
- Plus des deux tiers des personnes interrogées (66%) seraient incapables de savoir à qui s'adresser en cas de problème (mauvaises conditions de séjour, accident médical) au cours d'une hospitalisation et auraient besoin de se renseigner.

En 2016, « le baromètre des droits des malades » réalisé chaque année depuis 2012 pour les Collectifs Inter associatifs sur la Santé (CISS) montre que les dispositifs mis en place par la loi du 4 mars 2002 restent majoritairement **méconnus par le grand public**⁴⁹. Ainsi, à la question « avez-vous déjà entendu parler des CCI et des CU » :

- 38% connaissent la CCI dont 24% ne savent pas précisément de quoi il s'agit
- 25% connaissent la CU dont 13% ne savent pas précisément de quoi il s'agit

On constate, que même si la notoriété des CCI et des CU augmente progressivement d'année en année, cette augmentation est lente (2 à 3% par an) et une **grande majorité des français ne connaît pas les deux principaux dispositifs de règlements de conflits** mis en place par la loi du 4 mars 2002. Des droits méconnus sont le plus souvent des droits mal appliqués.

Pour améliorer la connaissance des malades de leurs droits, un des enjeux consiste à **promouvoir l'information relative à ces droits**, afin qu'ils soient mieux respectés. Une solution possible serait de confier cette mission à l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES)⁵⁰. C'est un établissement public administratif, créé par la loi du 4 mars 2002, qui est chargé de mettre en œuvre les politiques d'éducation et de prévention pour la santé, dans le cadre des politiques de santé publiques fixées par le gouvernement.

Par exemple, la mise en œuvre de techniques de communication via des **campagnes quinquennales autour de la connaissance des droits des patients** serait l'occasion d'informer le grand public des droits qui le concerne. Il s'agit dans un premier temps que les droits existants soient pleinement compris et utilisés par la population.

2. Par les professionnels de santé

Au cours d'une enquête qualitative réalisée en mars 2011 portant sur « la perception des droits des patients par les professionnels de santé », les résultats ont montré une situation complexe⁵¹. Globalement les professionnels de santé sont favorables à la mise en avant des droits des patients. **Très peu de professionnels citent spontanément la loi du 4**

mars 2002. En revanche, beaucoup mentionnent la « charte du patient hospitalisé », affichée dans la plupart des établissements de santé et connue aussi des personnes exerçant leur activité en libéral, ainsi que les « livrets d'accueil » mis à disposition dans les établissements et donnant notamment des informations sur les droits des patients. (Cf. annexe Charte du Patient Hospitalisé)

Cette enquête a révélé également que le droit de demander réparation amiable pour un préjudice subi était un droit qui suscitait la **crainte** d'une « américanisation » de la société et d'abus de la part de certains patients.

La **formation** des professionnels de santé, et notamment des médecins, au droit de la santé est une question très **peu abordée** au cours de leur cursus. Durant les 6 années d'études médicales, la part consacrée aux droits des patients ne totalise que quelques heures de cours d'un module de santé publique. Ce module est considéré par bon nombre d'étudiants comme un module secondaire comparé aux modules englobant les disciplines principales (cardiologie, rhumatologie, neurologie, ...). Durant leur spécialisation, ces notions ne sont plus abordées au cours des différents stages en milieu hospitalier.

Ce manque d'information et de formation concernant les droits des patients est un frein à l'application de ces droits par les praticiens.

B. Les freins à la médiation

1. La requête des patients

Pour certains patients, le but de la réclamation est exclusivement d'obtenir une compensation financière du préjudice qu'ils ont subi ou estiment avoir subi. Une proposition de médiation est rapidement déroutante puisque le médiateur ne peut pas intervenir dans ce cadre.

2. L'indépendance des médiateurs

Un rapport réalisé en 2011 intitulé « Bilan et proposition de réformes de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé » a entendu de nombreux membres des CU (représentants d'usagers, directeurs d'établissements et médiateurs médicaux)⁵⁰. Il en ressortait que les médiateurs médicaux se retrouvent dans une situation difficile lorsqu'ils sont face à une demande d'explication impliquant un service hospitalier ou un de leur confrère. En effet, la plupart des médiateurs médicaux continuent à exercer dans l'établissement. De cette situation peut naître un **conflit d'intérêt** entre le médecin médiateur et le médecin mis en cause ou l'établissement.

La médiation consiste à garantir aux patients et à leur famille que le médiateur n'est pas impliqué de près ou de loin dans la prise en charge ou dans la gestion de l'établissement.

Le médiateur médical est parfois considéré comme une **personne partielle** par des patients acceptant mal son intervention. A l'inverse, dans certains cas, la proximité des acteurs de santé facilite le dialogue et l'ouverture du professionnel face au plaignant. Cette proximité peut aussi rassurer des plaignants peu enclins à engager le dialogue avec un médecin extérieur à l'établissement. Si par principe, la médiation doit se faire avec un médiateur indépendant, celle-ci doit favoriser avant tout la volonté et l'intérêt des parties.

Aujourd'hui, les conflits d'intérêt, que ce soit dans les affaires juridiques, politiques ou médicales, font débat au sein de l'opinion française. Ainsi l'indépendance des médiateurs au sein des établissements est un sujet sensible. En 2010, la déléguée de la Chambre professionnelle de la médiation et de la négociation auprès du Ministère de la Santé, Anita Casabella, expliquait déjà que : « Le problème posé est surtout celui de l'indépendance des médiateurs : en tant qu'utilisateur je ne suis pas certaine d'avoir envie de faire appel au médiateur médecin de l'établissement, en sachant qu'il est proche du chirurgien qui m'aura opérée ». Ce qui paraissait normal lors de la publication de la loi en 2002 ne l'est plus aujourd'hui.

3. La non « sanctuarisation » de la médiation

Il est estimé qu'environ **50% des plaintes allant au contentieux ont pour seul objectif la recherche de la vérité et de la transparence.**

Or durant une médiation en établissement de santé, la communication des éléments fournis par les professionnels de santé aux familles est **potentiellement exploitable devant une juridiction**, contrairement aux procédures de conciliation et de médiation civile. En effet ces dernières sont soumises à l'article 832-9 du Code de Procédure Civile.

« Les constatations du conciliateur et les déclarations qu'il recueille ne peuvent être ni produites ni invoquées dans la suite de la procédure sans l'accord des parties, ni, en tout état de cause, dans une autre instance. »

De même dans le cas d'une médiation effectuée par le Défenseur des droits, celle-ci est également « sanctuarisée » :

« Les constatations effectuées et les déclarations recueillies au cours de la médiation ne peuvent être ni produites, ni invoquées ultérieurement dans les instances civiles ou administratives sans le consentement des personnes intéressées, sauf si la divulgation de l'accord est nécessaire à sa mise en œuvre ou si des raisons d'ordre public l'imposent. ». Art. 26 de la loi organique n°2011-333

Dans le Code de Santé Publique **il n'existe pas d'articles protégeant la parole lors d'une médiation au sein d'un établissement de santé.** Même s'il est rappelé au début de chaque médiation que les échanges sont confidentiels, cette confidentialité repose avant tout sur la **volonté** des parties et non de la loi. Ainsi rien ne garantit, pour le professionnel de santé, que ce qui sera dit ou écrit durant la médiation, ne puisse être utilisé contre lui devant

une juridiction ou que la direction de l'établissement ne puisse utiliser les éléments de la médiation pour engager de quelconques sanctions.

Si une médiation ne peut garantir une sécurité de la parole du professionnel de santé, comment ce dernier peut-il s'exprimer en toute liberté s'il risque des poursuites pour chaque parole prononcée ?

4. La responsabilité civile professionnelle (RCP)

a. La reconnaissance de responsabilité

La problématique principale en lien avec la responsabilité civile est liée **aux clauses des contrats** et à la reconnaissance d'un incident grave par les professionnels et les établissements de santé. En effet un contrat de RCP prévoit que l'assuré signale un sinistre à l'assurance et se limite à une description des faits à la victime **sans reconnaissance de responsabilité**. Une **reconnaissance de responsabilité anticipée** constitue une **faute de l'assuré** susceptible juridiquement de voir l'assurance se désolidariser de lui.

Dans le rapport de 2011 (« Bilan et propositions de réforme de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé »), trois compagnies d'assurance ont été auditionnées : Axa, le SHAM et MACSF – Sou médical. Les deux premières assurant principalement les établissements de santé ainsi que les principales professions à risques dans le domaine médical (chirurgiens, obstétriciens) ne souhaitent pas retoucher les conditions de la responsabilité civile. La troisième, à l'inverse se montrait moins inflexible et disait ne pas tenir compte de la reconnaissance de responsabilité lors de la survenue d'un accident.

b. Exemple de conseils donnés par les assureurs (MACSF – Le sou Médical)

Pour exemple il existe certains « guides » donnés aux professionnels de santé expliquant quoi faire en cas de plainte ou d'accident⁵³. Dans ces « guides » il est inscrit qu'une reconnaissance de responsabilité est un effet inopposable à l'assureur risquant l'assuré à devoir assumer les frais d'indemnisation sur ses deniers personnels. Il est ainsi expliqué que même « pour les petits dossiers », s'il est tentant de donner immédiatement satisfaction au malade qui réclame une explication et/ou une reconnaissance de responsabilité pour « ne plus en entendre parler », cette démarche conduit souvent vers l'inconnu.

Cependant, ces guides expliquent également que le praticien n'a pas à se comporter de façon hypocrite : il peut procéder « à l'aveu matériel d'un fait », c'est-à-dire reconnaître la survenue d'une complication ou d'un accident en précisant au patient qu'il adressera une déclaration de sinistre à sa société d'assurance. Mais il ne doit pas reconnaître sa responsabilité (subordonnée à trois conditions cumulatives : une faute, un préjudice et enfin un lien de causalité entre les deux). Le praticien ne peut s'engager quant à la position de son assureur.

Par ailleurs lors de la transmission de la réclamation à l'assureur, l'assurance précise qu'il est prudent d'indiquer la mention « sous toutes réserves de responsabilité » sur la réclamation.

c. Le cas de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP)

Il existe en France un cas particulier concernant l'AP-HP. Elle a pour particularité d'être son propre assureur. Sa politique est qu'en cas de responsabilité évidente dans la survenue d'un accident médical, l'établissement peut et doit reconnaître sa responsabilité, considérant que c'est l'aboutissement de la prise en charge du patient et de la confiance réciproque. En effet la plupart du temps, c'est l'absence de reconnaissance de responsabilités pour un accident qui pousse les familles à se tourner vers les procédures contentieuses. Il a été constaté au sein de ces établissements que dans 95% des cas de médiation le fait de reconnaître les responsabilités permettait d'éviter le recours à des procédures contentieuses.

d. En conclusion

Ceci montre bien que les **assurances n'incitent pas les médecins à toute la transparence nécessaire au règlement de conflits** avec un usager qui demande la vérité.

Le problème est que les assurances incitent le médecin à ne pas être hypocrite en admettant la possibilité d'une faute sans reconnaître leur responsabilité. En effet les assurances qui ont connaissance du droit français savent que la responsabilité civile repose sur trois éléments : la faute, le préjudice, et le lien de causalité entre ces deux facteurs. Or la plupart des médecins est profane en droit. Les assurances incitent les professionnels de santé à ne jamais avouer leurs responsabilités et donc le lien de causalité entre faute et préjudice.

Considérant l'absence de confidentialité de la médiation le médecin n'a pas la parole libre et cela empêche le bon déroulement de la médiation. En effet comment inciter les professionnels de santé à plus de transparence lorsqu'en cas de reconnaissance de responsabilité l'assurance peut se désolidariser ?

C. L'échec de la procédure de conciliation au sein des CCI

1. Un échec par les chiffres

Les rapports annuels au parlement et au gouvernement de la CNAMed montrent que lorsque la procédure de conciliation est engagée elle aboutit rarement à un accord^{27 à 36}. Les chiffres sont incomplets mais le pourcentage **d'échec de la procédure de conciliation avoisine les 90%**.

Années	Demandes de conciliation	Accord/Nombre de dossiers dont la conclusion est connue	Constats de non conciliation
2003-2004	72	12/ ?	?
2004-2005	162	15/ ? (dont 11 pour la région Ile-de-France)	?
2005-2006	259	37/ ? (dont 16 pour la région de l'Ile-de-France)	?
2006-2007	193	7/90	74
2007-2008	222	15/114	94
2008-2009	215	11/106	90
2009-2010	245	20/173	147
2010-2011	271	10/173	155
2011-2012	287	14/179	160
2012-2013	272	24/157	125
2015	278	?	?

2. Les raisons d'un échec

a. L'abandon par les acteurs

Dès les premiers rapports de la CNAMed il est constaté le **peu d'utilisation de la conciliation**. Le rapport de 2004-2005 relève déjà que la conciliation est **limitée à des cas de médiations financières pour des dossiers irrecevables ou rejetés par la procédure d'indemnisation**. Les saisines pour d'autres motifs sont rares, voir quasi inexistantes.

Durant les deux premières années (2003 à 2005), la CNAMed a fait des propositions visant à améliorer l'utilisation de la conciliation au sein des CCI. Les rapports suivants ne mentionnent plus les problèmes rencontrés et se contentent de donner les chiffres de la conciliation. Dans le rapport de 2009-2010, il est noté que dans la quasi-totalité des rapports

des différents chefs de pôle, il y a une absence de remarques sur cette procédure. Un seul président de CCI évoque la conciliation et exprime de sérieux doutes sur son efficacité en se fondant sur les efforts engagés pour la développer dans les CCI de son pôle et sur l'échec de presque toutes les tentatives de conciliation engagées.

Les rapports évoquent plusieurs raisons pouvant expliquer le peu d'utilisation de la conciliation. D'une part le **dispositif est très largement méconnu du public et du personnel** ayant en charge le suivi des relations et des différends avec les usagers. D'autre part le rapport explique que le décret d'application de la loi (article R.1142-19) semble avoir **restreint la portée de la conciliation**. En effet ce décret limite la compétence de la commission de conciliation aux seules « demandes relatives aux litiges ou aux difficultés nés à l'occasion d'un acte de prévention, de diagnostic ou de soins effectués dans son ressort ». Ce décret entre en contradiction avec les articles L.1114-4 et L.11142-5 visant à donner une grande place à la conciliation.

La conciliation est **d'une part restreinte par le règlement et d'autres part elle est réduite à un rôle subsidiaire** par rapport aux autres modes de résolution des conflits et notamment judiciaire. En somme elle joue un **rôle par défaut** quand l'indemnisation n'est pas possible.

Depuis 2010, la partie proposition et travaux des rapports de la CNAMed, ne mentionne plus le processus de conciliation, se concentrant sur la voie d'indemnisation et sur les experts. Le processus de conciliation est à l'heure actuelle laissé à l'abandon tant par les CCI que par la CNAMed.

b. Le blocage par les assureurs

Comme vu précédemment la conciliation est utilisée comme seconde voie à la procédure d'indemnisation lorsque la CCI se déclare incompétente. Il existe plusieurs raisons qui amènent la commission à se déclarer incompétente : l'absence de lien de causalité, l'absence de gravité suffisante des dommages au regard de l'existence légale (inférieur à 24%), l'absence de faute ou d'aléa thérapeutique. Même s'il existe une faute de la part du professionnel de santé mais que les dommages sont de gravité insuffisante, la CCI se déclare incompétente. Les plaignants sont alors informés par la CCI de leur droit de saisir la commission en formation de conciliation. Ceux qui la saisissent le font alors dans le but d'obtenir une indemnisation.

Cette voie repose avant tout sur la **volonté de chaque partie de trouver un accord**. La CCI encadre la conciliation mais n'est jamais contraignante, c'est-à-dire qu'elle ne peut imposer aux parties de parvenir à une conciliation. Durant les processus de conciliation les professionnels de santé sont représentés par leur assureur. **De façon quasi systématique l'assureur refuse de concilier**.

Il ne reste alors que la voie contentieuse pour le plaignant s'il désire obtenir une indemnisation de son préjudice. Hors les procédures contentieuses, contrairement à celles de la CCI, sont longues, peuvent durer plusieurs années et ne sont pas gratuites. Leur coût est toujours à la charge du plaignant (frais d'avocats, frais d'expertises, ...).

D. Avenir des règlements amiables

1. Etat actuel : des dispositifs qui se superposent

A ce jour, lorsqu'un patient souhaite déposer une réclamation envers un professionnel de santé, il a face à lui **plusieurs structures** pouvant la gérer par des modes de résolutions amiables :

- Commission des usagers
- CCI
- Défenseur des droits
- Conseil de l'ordre

Toutes ces structures peuvent recevoir la plainte du patient mais ne sont **pas forcément à même de la gérer**. Ainsi le patient est généralement livré à lui-même pour savoir à quelle structure s'adresser. Il n'existe, à l'heure actuelle, **aucun organisme officiel permettant d'orienter rapidement** et de **façon appropriée** les patients vers la structure pouvant gérer efficacement leur demande. Ce travail est effectué partiellement par les associations de patients, ou de façon plus dommageable par les sites internet.

Il est intéressant d'étudier comment est saisi le médiateur médical au sein d'un établissement de santé. Une étude faite au CHU de Dijon⁵⁴ montre que le médiateur médical est **assez peu saisi directement par les patients**. Même si la tendance est à l'augmentation ces dernières années ce n'est pas suffisant. Les patients, ou leur famille, adressent majoritairement leur courrier au personnel administratif de l'hôpital :

- Directeur général de l'hôpital
- Directeur de l'établissement
- Directeur des ressources humaines
- Le bureau des entrées

Les chefs de service concernés par la réclamation sont régulièrement sollicités. Les autres médecins, même quand ils sont directement incriminés dans la lettre, en sont rarement les destinataires.

Les patients ont aussi tendance à adresser leur courrier à des instances administratives autres que celles du CHU, avec parfois des lettres en double, l'autre étant adressée au directeur général de l'hôpital (et quasiment jamais au médiateur). Dans cette liste se retrouvent :

- Le maire de la ville du CHU
- L'agence régionale de santé
- Le préfet de la région
- La CCI
- Le Défenseur des droits
- Le conseil de l'ordre des médecins
- Le ministère de la santé...

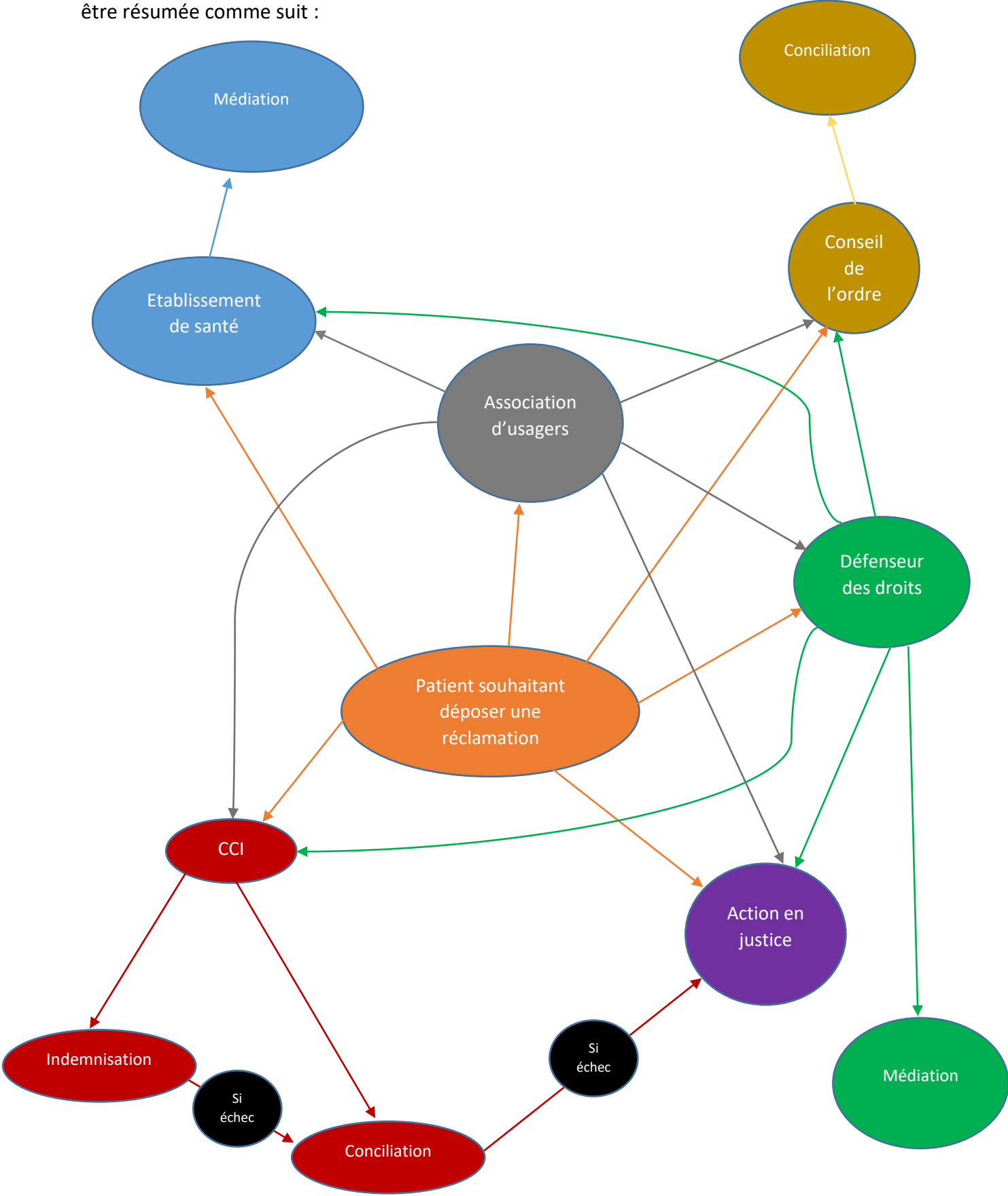
L'un des objectifs de la création des CRUQPC était d'en faire un interlocuteur unique au sein de l'hôpital, où le patient pouvait déposer une réclamation et obtenir une médiation, objectif partiellement atteint à ce jour.

Cela montre bien que pour un patient souhaitant déposer une réclamation au sein même de l'établissement de santé, il est difficile de savoir à qui s'adresser. En dehors de l'hôpital, pour un patient ne disposant pas d'une aide juridique ou associative, cette tâche est d'autant plus difficile qu'il a face à lui plusieurs dispositifs.

Par exemple un patient dépose une réclamation suite à une erreur de diagnostic au sein d'un établissement hospitalier. Suite à cette réclamation il se voit proposer une médiation qui échoue, car le patient souhaitait obtenir une compensation financière. Le patient est alors orienté vers la CCI, où il dépose un dossier d'indemnisation. Après examen du dossier, la CCI se déclare incompétente et le redirige vers la voie de conciliation, dont la procédure se soldera par un échec. Il ne reste alors pour le patient plus que la voie contentieuse s'il veut obtenir réparation. Mais auparavant il aura effectué plusieurs démarches qui s'avèrent inutiles.

Pour ces patients qui voient leur plainte rejetée, car ne s'adressant pas au bon dispositif, la perte de temps peut être importante. Le temps est souvent un facteur favorisant l'abandon d'une plainte, par perte de motivation.

Schématiquement, la situation d'un patient souhaitant déposer une réclamation peut être résumée comme suit :



2. Mettre fin à la conciliation au sein des CCI ?

Faible utilisation en première intention, deuxième voie en cas d'incompétence de la CCI, échec quasi systématique de la procédure, la conciliation n'a **jamais réussi à se faire une place** dans les différents recours amiables instaurés par la loi du 4 mars 2002. Depuis 15 ans la conciliation décline de façon progressive et est laissée de côté par les institutions la régulant, préférant concentrer leurs ressources et leurs moyens sur la voie de l'indemnisation. Par ailleurs les chiffres partiels de l'année 2015 montrent une chute drastique du nombre de conciliations (78 au total).

L'une des solutions « indirecte » serait d'**éviter le recours à cette voie**. Un quart des dossiers soumis à la voie d'indemnisation sont rejetés en raison de l'absence de gravité suffisante des dommages (taux de DFP inférieur à 24%). L'**abaissement du taux de DFP** permettrait d'augmenter le nombre de dossiers éligibles à une indemnisation et ainsi de diminuer le nombre de dossiers passant par la conciliation. Cet abaissement est demandé notamment par les associations de défense des usagers du système de santé, qui pour la plupart souhaite un taux de 14%.

Cependant un abaissement du taux d'indemnisation **augmenterait le nombre de dossiers** traités par la voie d'indemnisation. Hors dans le dernier rapport de la CNAMED la plupart des présidents de CCI font état « d'**une insuffisance de personnel**, notamment de juristes qualifiés, pour leur permettre de faire face aux nécessités de renseignements des demandeurs et d'analyse des dossiers, et afin de davantage respecter les délais »³⁶. Une des conséquences serait alors une **augmentation des délais de traitement des dossiers** (actuellement le délai moyen est de 7,8 mois entre la date de dossier complet et la conclusion de l'expertise quelle qu'elle soit).

La conciliation **au sein des CCI est donc probablement vouée à disparaître**, ce qui permettrait à la CCI de concentrer ses moyens humains et financiers à la voie d'indemnisation. D'autant plus que cette voie fonctionne correctement et rapidement, et qu'elle satisfait à la fois patients et médecins.

Cela permettrait également de **mettre un terme à la confusion qui existe entre médiation et conciliation**.

3. Le renforcement de la médiation au sein d'une structure unique de recueil des plaintes

a. Des idées venues de l'étranger

Dans certains pays étrangers, la médiation médicale se fait via différentes modalités et semblent apporter une satisfaction à la fois aux usagers et aux médecins.

Dans la plupart des pays nordiques (Suède, Finlande, Norvège, Danemark), dans chaque hôpital existe un « ombudsman » chargé de régler les conflits entre patients et

médecins. Cette « ombudsman » n'est en général pas un médecin mais plutôt un juriste ce qui permet d'éviter tout soupçon d'entraide ou de solidarité entre médecins. Certaines contestations peuvent passer ensuite à un niveau supérieur et être adressées à l'ombudsman local (mairie, province ou autre selon le pays) réduisant encore le risque de partialité, l'ombudsman de l'hôpital étant salarié de l'établissement. En France ce système semble difficilement applicable en raison de l'importance accordée au secret médical et aux nombreuses données personnelles et médicales auxquelles peut accéder le médiateur.

En Autriche, depuis une vingtaine d'années, il existe un processus de médiation médicale faisant appel à « l'avocat des patients ». Présent dans chaque grande ville il est chargé de recevoir et de conseiller tous les patients ayant une plainte médicale, qu'elle soit libérale ou hospitalière. Cet « avocat » est toujours un médecin entouré de plusieurs collaborateurs, dont certains sont juristes et sont rémunérés par la mairie. Initialement très mal accepté par le corps médical, ce système est aujourd'hui validé par tous. « L'avocat des patients » est sollicité à la fois par des patients et des médecins afin de régler des conflits entre eux ou avec l'équivalent des caisses d'assurance maladie. Cette pratique est plébiscitée par les patients⁵⁵.

b. Renforcement de la médiation

Le but est de garantir aux patients et à leur famille que le **médiateur n'est pas impliqué de près ou de loin dans la prise en charge ou dans l'établissement** et enfin, que ses compétences médicales sont en lien avec la spécialité concernée. Mais il s'agit aussi de **sécuriser les professionnels de santé concernés** par l'affaire, en leur garantissant que rien de ce qui sera dit ou écrit pendant la médiation ne pourra être utilisé au contentieux, notamment devant une juridiction ou devant une CCI, et que la direction de l'établissement ne pourra pas utiliser les éléments de la médiation pour engager de quelconques sanctions.

Deux **idées principales** permettraient de **renforcer la médiation**. Premièrement, **sanctuariser la médiation** en rendant la communication des éléments fournis entre les professionnels de santé et le patient non exploitable devant une juridiction. Cela permettrait aux professionnels de libérer leurs paroles face à des patients ou des familles recherchant essentiellement la vérité.

Deuxièmement, **intégrer les médiateurs médecins dans le pôle santé et sécurité des soins du Défenseur des Droits**. Bien que ces deux entités réalisent un travail complémentaire, leur coordination reste à ce jour embryonnaire et informelle. Cette intégration permettrait que les médiateurs hospitaliers bénéficient d'un encadrement institutionnel garant d'indépendance, d'impartialité et de sécurité tandis que le Défenseur des droits disposerait de médiateurs formés et présents sur le terrain.

Cette intégration permettrait de faire intervenir, à tout moment sur le territoire, un médiateur bénéficiant des garanties nécessaires en termes d'impartialité, d'expertise et de

disponibilité. Ce dispositif pourrait être activé directement par une seule structure décrite ci-dessous.

c. La création d'une structure unique

A l'instar des pays étrangers, la création d'une structure unique de recueil des plaintes offrirait au patient un **interlocuteur unique**. Chaque département disposerait de sa propre structure. Elle disposerait de locaux propres, garantissant une **indépendance vis à vis du système de santé**, et serait dédiée uniquement à la réception de toutes les réclamations, qu'elles soient libérales ou publiques.

Ce dispositif disposerait d'une plateforme téléphonique permettant d'informer les patients sur leurs droits, de recevoir et de trier les différentes plaintes. Au sein de cette structure, des médecins et des juristes seraient mis à disposition des plaignants, permettant de traiter efficacement les plaintes.

Serait alors proposée à chaque patient une **tentative de médiation**, renforcée et supervisée par le pôle santé du Défenseur des droits comme décrit précédemment. Cette médiation pourrait se faire, comme actuellement, soit par un médiateur médecin soit par un médiateur non médecin, en fonction de la plainte.

En cas d'échec de la médiation, la structure aurait alors pour mission **d'orienter le patient** vers un autre dispositif pouvant gérer sa plainte. L'orientation pourrait se faire vers trois pôles différents :

- Soit vers les CCI en vue d'une demande d'indemnisation (la procédure de conciliation serait alors supprimée)
- Soit vers le Conseil de l'Ordre en vue d'une sanction déontologique
- Soit vers les tribunaux en cas de faute relevant du pénal

Cette structure aurait également pour mission de **coordonner les retours d'expériences** et les signalements dans des rapports annuels.

En offrant une structure unique dédiée exclusivement aux droits des patients, cela permettrait d'éviter les errances d'un patient souhaitant déposer une réclamation, permettrait de raccourcir les délais de prise en charge des plaintes et offrirait une tentative de règlement amiable ainsi qu'une orientation en cas d'échec.

Le recours à cette structure serait **gratuit** pour l'utilisateur permettant une accessibilité à tous.

d. La « bonne » information du patient

Les patients, qui actuellement refusent tous risques, même s'ils font partie intégrante des pratiques médicales, ont modifié leur relation à leur médecin. Ils sont passés d'une relation de confiance quasi absolue, à une **relation de méfiance et de contestation très facile**. Cette relation a également récemment été modifiée par l'apparition d'internet et des différents médias, qui rendent accessible en permanence une masse d'information médicale, non vérifiée et parfois erronée. Ainsi le corps médical a affaire à des malades surinformés, parfois désinformés et encore plus exigeants.

Pour ces raisons, il est d'autant plus important que soit délivrée aux patients une bonne information concernant leurs droits. Toutes les ressources et les intervenants doivent être mobilisés, cela concernant autant l'Etat à travers des campagnes d'information (via l'INPES comme vu précédemment) que les établissements de santé et les médecins.

A l'hôpital, chaque **livret d'accueil** doit contenir une explication claire sur les droits des patients et les recours possibles en cas de réclamation et surtout à qui s'adresser. Les médecins libéraux pourraient disposer de **panneaux informatifs** à afficher dans les salles d'attentes, expliquant les droits des patients et donnant les coordonnées de la structure à contacter en cas de plainte. Mais cela nécessite une **prise de conscience du corps médical** que la relation médecin malade a changé et que les risques liés à leur profession ne sont plus considérés comme inhérents à leur pratique.

e. Un nouveau schéma qui appelle des moyens suffisants

Cependant, la mise en place d'un tel dispositif demande **des moyens suffisants** afin d'enregistrer toutes les plaintes sans que les **délais de prise en charge ne soient allongés**. Les principaux défis de ce dispositif seraient :

- Attribuer des fonds et des moyens suffisants au fonctionnement de la structure de recueil des plaintes
- Etablir des lieux de recueil des plaintes à l'extérieur des établissements de santé afin de garantir leur indépendance
- Engager et former un nombre de médiateurs médecins et non médecins suffisant afin de gérer dans un délai raisonnable les différentes réclamations
- Proposer des personnels qualifiés dans les droits des patients afin de les orienter au mieux en cas d'échec de la médiation initiale

f. Nouveau schéma d'organisation

Schématiquement le nouveau dispositif de règlement amiable des conflits pourrait être présenté ainsi :



4. Une expérimentation légale qui conforte ces propositions

Dans le décret n°2017-121 du 31 janvier 2017 (annexe 2), une expérimentation est mise en œuvre, pour une durée de 5 ans. Cette expérimentation permet à n'importe quel usager du système de santé de saisir un conseil territorial de santé, via un guichet d'accueil et d'accompagnement des réclamations, pour toutes demandes de médiation, de plaintes ou de réclamations. Ce guichet peut également être alerté par des associations d'usagers.

Ce guichet ne se substitue pas aux dispositifs existants. Le conseil territorial organise la prise en charge de la demande de l'utilisateur en l'orientant ou en lui proposant une médiation. Si la demande concerne un événement grave le guichet se limite à l'information et à l'orientation adaptée de l'utilisateur. Le conseil territorial de santé s'appuie sur la collaboration de bénévoles formés par l'ARS et peut aussi solliciter l'avis d'experts.

Le conseil de santé territorial adresse ses conseils et propositions au directeur général de l'ARS qui répond dans un délai de trois mois en indiquant les suites données aux différentes propositions et avis. Chaque année les ARS devront transmettre au Ministère des Affaires sociales des éléments de suivi de l'expérimentation.

Cette expérimentation se rapproche des propositions précédentes en mettant à disposition à tout usager du système de santé un guichet unique de recueil des réclamations offrant à la fois une possibilité de médiation et une orientation de l'utilisateur. Toutefois ce dispositif reste dépendant de l'ARS et donc du secteur médical. Le décret ne précise pas où se situent les guichets mis en place.

CONCLUSION

Médiation et conciliation sont des notions anciennes qui se sont développées depuis le siècle dernier, afin de rendre une **justice plus rapide** et faisant **intervenir les citoyens**.

La loi du 4 mars 2002 est l'aboutissement de plusieurs démarches visant à **promouvoir les modes de règlements amiables** des conflits. Au sein de **structures adaptées** la médiation et la conciliation devaient permettre de désengorger les tribunaux en proposant aux patients de nouveaux **modes de résolutions des conflits à la fois rapides et gratuits**.

15 ans après la promulgation de cette loi, on constate que certains **dysfonctionnements** persistent ou sont apparus :

- 70% des patients ne connaissent pas leurs droits et ne savent pas où s'adresser en cas de problèmes
- La partie conciliation au sein des CCI n'a jamais trouvé sa place
- La médiation au sein des établissements de santé est cantonnée aux problèmes principalement liés aux séjours.
- L'indépendance des médiateurs médecins est remise en cause par les patients

Avec l'évolution de la société et des patients refusant tous risques liés à leur santé, ces modes amiables de résolution des conflits **se doivent d'être améliorés**. Une première étape serait d'offrir aux patients un **interlocuteur unique** via une structure présente dans chaque département et permettant le recueil de toutes les plaintes, libérales ou hospitalières. Au sein de cette structure serait proposée une **médiation renforcée et intégrée au Défenseur des droits**. Cela permettrait un traitement **rapide et structuré** de la plainte du patient. En cas d'échec de la médiation, le patient se verrait **orienté** vers un autre dispositif lui permettant de gérer sa plainte.

Cette nouvelle organisation permettrait une **simplification et une clarification** de l'utilisation des modes de règlements amiables. Elle nécessiterait certes des moyens humains et financiers importants, mais ces améliorations paraissent **indispensables** au vu de l'évolution de la relation médecin-malade et de la société. Dans les années à venir on risque de voir une augmentation du nombre de réclamations des patients, et il est primordial que chaque partie puisse s'exprimer. D'où l'importance de développer un **outil de coordination et de pacification des relations**, un processus humain proche à la fois des droits des patients et des pratiques médicales ; ce que la **médiation médicale** devrait à terme être capable de jouer comme rôle.

Annexes

ANNEXE 1 : Charte du Patient Hospitalisé



Usagers, vos droits

Charte de la personne hospitalisée

Principes généraux*

circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/00 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée

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

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

www.sante.gouv.fr

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

JORF n°0028 du 2 février 2017
texte n° 32

Décret n° 2017-121 du 31 janvier 2017 relatif à l'expérimentation permettant à des conseils territoriaux de santé d'être saisis par les usagers du système de santé de demandes de médiation en santé, de plaintes et de réclamations

Publics concernés : usagers du système de santé ; agences régionales de santé et conseils territoriaux de santé.

Objet : mise en œuvre de l'expérimentation permettant à des conseils territoriaux de santé d'être saisis par les usagers du système de santé de demandes de médiation en santé, de plaintes et de réclamations.

Entrée en vigueur : le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication.

Notice : le décret prévoit les modalités et les conditions de l'expérimentation permettant aux usagers du système de santé de saisir un conseil territorial de santé de demandes de médiation en santé, de plaintes et de réclamations, sur le ressort territorial de ce conseil. Cette expérimentation, réalisée pour une durée de cinq ans, a pour objet d'évaluer la faisabilité et les conditions de généralisation sur les territoires de démocratie sanitaire d'un guichet, identifié par les usagers, ayant la faculté de les accompagner dans leurs démarches et de défendre les droits des patients de façon transversale sur l'ensemble du parcours de santé.

Le décret détermine notamment les modalités et les conditions de la mise en place d'un guichet d'accueil et d'accompagnement des réclamations en santé, permettant de faciliter les démarches des usagers du système de santé sollicitant une médiation en santé ou souhaitant formuler une réclamation ou une plainte. Il définit que le conseil territorial de santé adresse, sur la base des éléments relatifs à l'activité du guichet, au directeur général de l'agence régionale de santé ses avis et propositions pour améliorer la qualité de la prise en charge sur le ressort de son territoire.

Il précise les modalités d'évaluation de l'expérimentation.

Références : le présent décret est pris pour l'application du IX de l'article 158 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Il peut être consulté sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1112-3 et L. 1434-10 ;

Vu la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, notamment son article 158 ;

Vu le décret n° 2006-781 du 3 juillet 2006 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements temporaires des personnels civils de l'Etat ;
Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,
Décrète :

Article 1

Après appel à candidature et consultation de la commission permanente de la conférence régionale de santé et de l'autonomie, le directeur général de l'agence régionale de santé désigne le ou les conseils territoriaux de sa région autorisés à titre expérimental et pour une durée de cinq ans, à mettre en place, dans le territoire de démocratie sanitaire où il est implanté, un guichet d'accueil et d'accompagnement des réclamations en santé. La liste des conseils territoriaux retenus est adressée par le directeur général de l'agence régionale de santé au secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales dans un délai d'un an à compter de la date de publication du présent décret.

Article 2

Tout usager peut saisir par tout moyen le guichet prévu à l'article 1er du présent décret, de demandes de médiation, de plaintes ou de réclamations en santé. Le conseil territorial de santé organise selon les modalités précisées à l'article 3 le guichet chargé d'assurer la prise en charge de la demande en orientant l'utilisateur ou en lui proposant une médiation. Le guichet ne se substitue pas aux dispositifs existants pour le traitement des demandes de médiation, des plaintes et des réclamations en santé. L'utilisateur est informé que la saisine du guichet est sans incidence sur l'exercice des voies de recours prévues par la réglementation. Les saisines sont recevables si la demande de médiation, la plainte ou la réclamation concerne des établissements, structures et services situés sur le territoire du ressort du conseil territorial de santé ou des professionnels de santé exerçant sur ce même territoire ou si l'utilisateur réside sur ce territoire.

Le guichet peut demander à l'utilisateur tout élément complémentaire utile pour apprécier la recevabilité de sa demande ou instruire celle-ci. L'utilisateur est informé du caractère recevable ou non de sa demande dans un délai d'un mois.

L'utilisateur est informé des conditions dans lesquelles les informations le concernant peuvent être partagées dans le cadre de l'instruction de sa demande.

En cas de demandes concernant des événements indésirables graves ou des effets indésirables liés à des médicaments ou à des dispositifs médicaux, le guichet limite son intervention à l'information et l'orientation adaptées de l'utilisateur, notamment auprès des commissions prévues à l'article L. 1142-5 du code de la santé publique.

Article 3

Après avis de la formation spécifique organisant l'expression des usagers prévue à l'article L. 1434-10 du code de la santé publique, le conseil territorial de santé propose au directeur général de l'agence régionale de santé, qui les arrête, les modalités et les moyens d'organisation et de fonctionnement du guichet d'accueil et d'accompagnement des réclamations en santé. Le directeur général de l'agence régionale de santé veille à l'information des usagers dès la mise en place du ou des guichets d'accueil et d'accompagnement des réclamations en santé.

Dans sa proposition, le conseil territorial de santé identifie les moyens de réponse aux demandes de médiation en santé, en lien avec les établissements, services et professionnels concernés du territoire et notamment les commissions des usagers et les commissions de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, mentionnées respectivement à l'article L. 1112-3 et à l'article L. 1142-5 du code de la santé publique.

Pour assurer le fonctionnement de ce guichet, le conseil territorial de santé peut s'appuyer sur la collaboration de personnes bénévoles afin d'assurer la réception et la prise en charge des demandes des usagers. Ces personnes reçoivent préalablement une formation assurée sous la responsabilité de l'agence régionale de santé. Le conseil territorial de santé peut solliciter tout expert dont les compétences lui paraissent utiles à l'instruction du dossier sous réserve qu'il ne soit pas concerné par la demande de médiation, la plainte ou la réclamation examinée.

Les membres du conseil territorial, les personnes bénévoles issues de la société civile et les experts qui contribuent au traitement des dossiers peuvent prétendre au remboursement des frais de déplacement qu'ils sont susceptibles d'engager à l'occasion des missions exécutées pour le compte du guichet dans les conditions prévues par le décret du 3 juillet 2006 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements temporaires des personnels civils de l'Etat.

Article 4

Sur la base des éléments relatifs à l'activité du guichet, le conseil territorial de santé adresse au directeur général de l'agence régionale de santé ses avis et propositions. Le directeur général de l'agence régionale de santé répond dans un délai de trois mois aux avis et propositions en indiquant les suites qu'il entend leur donner. Le conseil territorial de santé s'assure qu'une suite a été apportée aux demandes dont le guichet a été saisi.

Il transmet annuellement une synthèse des avis et propositions mentionnés au premier alinéa à la commission spécialisée des droits des usagers de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie qui l'intègre dans son rapport annuel.

Article 5

Le guichet peut également être alerté par des associations d'usagers sur des dysfonctionnements relatifs à la qualité et aux conditions des prises en charge sur le territoire de son ressort.

Article 6

Les agences régionales de santé transmettent chaque année au secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales, des éléments de suivi.

Avant le terme de l'expérimentation, le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales réalise une évaluation de la faisabilité et de l'effectivité du dispositif ainsi que de l'amélioration du traitement des demandes de médiation, de plaintes et de réclamations en santé.

Article 7

Un arrêté du ministre chargé de la santé précise :

- 1° Les critères de choix des conseils territoriaux ;
- 2° Le cadre général des modalités d'organisation et de fonctionnement du guichet d'accueil et d'accompagnement des réclamations en santé ;
- 3° Les modalités de pilotage, de suivi et d'évaluation de l'expérimentation des guichets d'accueil et d'accompagnement des réclamations en santé.

Article 8

La ministre des affaires sociales et de la santé est chargée de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait le 31 janvier 2017.

Par le Premier ministre : Bernard Cazeneuve

La ministre des affaires sociales et de la santé : Marisol Touraine

BIBLIOGRAPHIE

1. Bloch O, Von Wartburg W. Dictionnaire étymologique de la langue française. PUF, 11ème Ed., 1996 : 148
2. Dubois J, Mitterand H, Dauzat A. Dictionnaire étymologique et historique du français. Larousse, Les grands dictionnaires, 2011
3. Vert F. La confusion terminologique entre médiation et conciliation : un frein à leur développement. Gazette du Palais 2015 ; 31 : 8-11
4. Dictionnaire Larousse 2016
5. Lexique des termes juridiques. Dalloz 2012
6. Lemoult P, Malbosc P. Le rôle de la médiation dans la société. Les cahiers du journalisme 2008 ; 18 : 112-29
7. Stimec A. La médiation en entreprise. Paris : Ed Dunod. 2004
8. Catala P. La médiation judiciaire, mode alternatif de règlement des conflits. Gaz. Pal. 1999 ; 334 : 189
9. Audrerie A. Médiation et conciliation : quelle distinction en matière juridique ? Mémoire de recherche : M2 Droit du travail et de l'emploi : Université Toulouse 1. 2015
10. Poumarède J. La conciliation, la mal-aimée des juges. Les cahiers de la justice 2013 ; 01 (2013) : 125-59
11. Porcher M. Journal Officiel Assemblée Nationale 1995 ; 1427 (2) : 36
12. Magendie JC, Rohart-Messenger I, Vert F, Bentaboulet M, Blanc B, Blin M *et al.* Célérité et qualité de la justice : les conciliateurs de justice. Ecole national de la magistrature 2010 : 20-1
13. Delevoye J-P. Du Médiateur de la République au Défenseur des droits. Informations sociales 2010 ; 2 (158) : 60-6
14. Ministère de la Culture et de la communication. Préconisations relatives au tri et à la conservation des archives des délégués du Défenseur des Droits. 2014
15. Le Médiateur de la République. Le nouveau pôle santé et sécurité des soins au service du droit des usagers. Médiateur Actualités le journal du médiateur de la république 2009 ; 44 : 1-3
16. Code de la Santé publique. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Paris : Dalloz 30^e édition, 2016

17. Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée
18. Caniard E, Bataille P, Bloch-Laine JF, Brun N, Deschamps C, Laurant S *et al.* La place des usagers dans les systèmes de santé. Documentation Française 2000 : 28-42
19. Rep. Civ. Dalloz, v° Médiation et conciliation, n°28
20. Harichaux M. Sur la procédure de règlement amiable et de conciliation de la loi du 4 mars 2002. Revue de droit sanitaire et social 2004 ; 2 : 348-62
21. Guigue J. Les commissions régionales de conciliation et d'indemnisation et les procédures d'indemnisation. Petites Affiches 2006 ; 129 : 9
22. Wils J. La médiation médicale et non médicale. MAPAR 2004 : 445-7
23. Rassemblement des organisations de la médiation. Code national de déontologie médical. Paris, 2009
24. Agence Régionale de Santé Ile-de-France. La médiation médicale en établissements de santé. Guides de bonnes pratiques 2012-2013
25. Office National d'indemnisation des Accidents Médicaux. Trouver ma commission [consulté le 15/06/2016]. Disponible sur : <http://www.oniam.fr/trouver-ma-commission>
26. Ministère des affaires sociales et de la Santé. CNAMed [consulté le 15/06/2016]. Disponible sur : <http://social-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/partenaires/article/cnamed-commission-nationale-des-accidents-medicaux>
27. Commission Nationale des Accidents Médicaux. Rapport au Parlement et au Gouvernement 2003-2004 : 11-30
28. Commission Nationale des Accidents Médicaux. Rapport au Parlement et au Gouvernement 2004-2005 : 21-35
29. Commission Nationale des Accidents Médicaux. Rapport au Parlement et au Gouvernement 2005-2006 : 15-45
30. Commission Nationale des Accidents Médicaux. Rapport au Parlement et au Gouvernement 2006-2007 : 17-28
31. Commission Nationale des Accidents Médicaux. Rapport au Parlement et au Gouvernement 2007-2008 : 14-27
32. Commission Nationale des Accidents Médicaux. Rapport au Parlement et au Gouvernement 2008-2009 : 14-27

33. Commission Nationale des Accidents Médicaux. Rapport au Parlement et au Gouvernement 2009-2010 : 14-41
34. Commission Nationale des Accidents Médicaux. Rapport au Parlement et au Gouvernement 2010-2011 : 17-30
35. Commission Nationale des Accidents Médicaux. Rapport au Parlement et au Gouvernement 2011-2012 : 16-29
36. Commission Nationale des Accidents Médicaux. Rapport au Parlement et au Gouvernement 2013 : 16-29
37. Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux. Rapport d'activité 2015 : 16-7
38. Ordre national des Médecins. Au cœur de la relation médecin-patient [Internet]. [consulté le 02/11/2016]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/CNOM_presentation.PDF
39. Simoni B. La chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des médecins [consulté le 02/11/2016]. Disponible sur : <http://www.ile-de-france.ordre.medecin.fr/sites/default/files/domain-186/documents/Le%20diaporama%20ch%20%20disc.pdf>
40. Conseil régional de Rhône-Alpes de l'Ordre des médecins. CPDI [consulté le 05/09/2016]. Disponible sur : <http://www.cromra.fr/3,17,17,0,38,historique-et-missions-actuelles.html>
41. Conseil national de l'Ordre des médecins. En cas de litige [consulté le 05/09/2016]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/en-cas-de-litige-1216>
42. Assemblée Nationale. Fiche de synthèse n°12 : le Défenseur des droits [consulté le 15/06/2016]. Disponible sur : <http://www2.assemblee-nationale.fr/decouvrir-l-assemblee/role-et-pouvoirs-de-l-assemblee-nationale/les-institutions-francaises-generalites/le-defenseur-des-droits>
43. Le défenseur des Droits. Les droits des patients dans les établissements de soins patient [Internet] juin 2015. [consulté le 17/06/2016]. Disponible sur : <http://www.defenseurdesdroits.fr/fr/publications/depliants/les-droits-des-patients>
44. Le défenseur des Droits. Le défenseur des Droits – Saisissez le Défenseur des Droits [Internet] octobre 2015. [consulté le 17/06/2016]. Disponible sur : <http://www.defenseurdesdroits.fr/fr/outils/depliants/le-defenseur-des-droits>
45. Le défenseur des droits. Synthèse 2011 [consulté le 17/06/2016]. Disponible sur : http://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/ddd_ra_2011_synt_hese.pdf

46. Viney G. La loi Kouchner, trois ans après : bilan prospectif. Petites Affiches 2006 ; 129 : 27
47. Deseur A, Chatel V, Da Cruz N, Herrero A, Peltier C, Perchirin D *et al.* Les droits des patients, un progrès pour tous. Médecins 2011 ; NS : 4-12
48. Ministère de la santé de la jeunesse et des sports, BVA. Les français et les droits des patients. 2010
49. Balle A, Genty T. Le baromètre des droits des malades. BVA 2016
50. Cerreti AM, Albertini L. Bilan et propositions de réformes de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2011 : 114-256
51. Ministère de la santé, TNS Sofres. La perception des droits des patients par les professionnels de santé, enquête qualitative [Internet] 2011. [Consulté le 11/11/2016]. Disponible sur : social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Sondage_-_Perception_des_droits_des_patients.pdf
52. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, Défenseur des Droits. Usagers de la santé votre santé vos droits 2014 : 105-17
53. MACSF Le sou Médical. Vade Mecum que faire en cas de plainte ou d'accident 2014
54. Cadennes J. La médiation médicale en milieu hospitalier. Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique : Rennes. 2007
55. Schutyser K. Les droits des patients en Europe : tableaux comparatifs. Revue générale de droit médical 2004 ; 12
56. Amoghly-Rahimi S. Réalisation des thèses et mémoires de médecine général : détermination des besoins et élaboration d'un document pédagogique destiné aux étudiants du diplôme d'étude spécialisé de médecine générale. Thèse : Med : université de Nancy I. 2011 ; 3598

VU

NANCY, le 21 mars 2017

Le Président de Thèse

Professeur Yves MARTINET

NANCY, le 22 mars 2017

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 9791

NANCY, le **27 mars 2017**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RESUME DE LA THESE

Introduction : Au cours du XIXème siècle, avec l'accélération prodigieuse de la médecine s'est également développée la notion de droit médical. Face à des procédures judiciaires jugées trop lentes, coûteuses et incertaines par les justiciables et les acteurs du droit, les modes amiables de résolution des conflits sont devenus incontournables et permettent aux réclamations d'aboutir de manière rapide, simplifiée et gratuite. Ces réclamations s'appuient sur des droits inscrits dans la loi du 4 mars 2002 qui crée un régime de réparation des conséquences des risques sanitaires, en organisant de nouvelles voies de règlement amiable des conflits que sont la conciliation et la médiation insérées au sein de nouvelles structures. Notre travail a consisté à définir la médiation et la conciliation, à analyser les différentes avancées apportées par la loi, à faire le point sur le fonctionnement de la médiation et de la conciliation au sein des différentes institutions qui en ont la charge, à analyser les raisons des dysfonctionnements actuels et à élaborer des propositions d'amélioration de leur fonctionnement et de leur utilisation.

Matériel et méthode : L'étude de la littérature et la rencontre des acteurs de chaque système ont permis de faire le point sur l'utilisation de la médiation et de la conciliation au sein des différentes structures en place et ont permis d'élaborer des hypothèses afin d'en améliorer leur usage.

Résultats : 15 ans après la promulgation de la loi du 4 mars 2002, certains dysfonctionnements persistent ou sont apparus : 70% des patients ne connaissent pas leurs droits, la partie conciliation au sein des CCI n'a jamais trouvé sa place, la médiation au sein des établissements de santé est cantonnée aux problèmes principalement liés aux séjours et l'indépendance des médiateurs médecins est remise en cause par les patients. Avec l'évolution de la société et des patients refusant tous risques liés à leur santé, ces modes amiables de résolution des conflits se doivent d'être améliorés. Une première étape serait d'offrir aux patients un interlocuteur unique via une structure présente dans chaque département et permettant le recueil de toutes les plaintes, libérales ou hospitalières. Au sein de cette structure une médiation renforcée et intégrée au Défenseur des droits permettrait un traitement rapide et structuré de la plainte du patient. En cas d'échec, le patient se verrait orienté vers un autre dispositif lui permettant de gérer sa plainte. Cette nouvelle organisation permettrait une simplification et une clarification de l'utilisation des modes de règlements amiables.

Conclusion : Dans les années à venir on risque de voir une augmentation du nombre de réclamations des patients, et il est primordial que chaque partie puisse s'exprimer. C'est pour cela qu'il est important de simplifier et d'améliorer les modes de résolutions des conflits en renforçant la médiation et en offrant aux usagers une structure unique de recueil des plaintes.

TITRE EN ANGLAIS : Mediation and conciliation in medicine : solutions and outlook

THESE : MEDECINE GENERALE – ANNEE 2017

MOTS CLEFS : loi du 4 mars 2002, médiation, conciliation, Défenseur des droits, droits des patients.

UNIVERSITE DE LORRAINE

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

9, avenue de la forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
