

Conciliation à l'hôpital : où en est-on ?

Instituée par les ordonnances de 1996, la conciliation médicale assiste les personnes s'estimant victimes d'un préjudice au sein de l'hôpital. Ce pourrait être un premier pas vers une véritable médiation tenant compte des réalités de l'exercice médical et des souffrances de ceux qu'il n'a pu guérir.

Pr René Caquet
Professeur honoraire,
ancien médecin conciliateur

Introduire la conciliation à l'hôpital et rapprocher ainsi les usagers d'une institution faite pour eux n'est pas une idée neuve ; mais c'est une idée qui progresse lentement et difficilement.

Les premiers conciliateurs sont apparus il y a vingt ans. C'étaient des magistrats honoraires auxquels un décret du 15 mai 1981 avait confié le soin de faciliter le règlement amiable des différends résultant de l'activité médicale. Le décret a été cassé peu après par le Conseil d'État, car l'exception au secret médical qu'impliquait semblable médiation aurait dû être instituée par la voie législative, ce qui n'avait pas été le cas. Mauvais début.

Quinze ans plus tard, l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) dotait ses établissements de conciliateurs médicaux (étant médecins, ils pouvaient échapper aux reproches du Conseil d'État, encore que...). L'expérience a été jugée positive, bien que le nombre de cas traités soit resté modeste.

Quelques années ont encore passé avant que les ordonnances du 24 avril 1996, les « ordonnances Juppé », donnent enfin à la conciliation hospitalière une base légale. Elles mettaient en place au sein des établissements de santé publics ou privés une commission de conciliation dont la composition et le fonctionnement ont été fixés par le décret du 2 novembre 1998.

Une commission de conciliation aux compétences limitées

Aujourd'hui, dans tous les établissements, une commission de conciliation est chargée d'assister toute personne s'estimant victime d'un préjudice lié à l'activité de l'établisse-

ment. Elle la reçoit et l'oriente vers les voies de recours contentieux dont elle peut disposer.

La commission, qui comporte un médecin conciliateur désigné par le directeur, tient un registre des plaintes et réclamations, ainsi qu'une permanence hebdomadaire.

Les plaintes des usagers peuvent porter, cela va de soi, sur l'organisation et le fonctionnement de l'hôpital : propreté de la chambre ou du linge, qualité des repas, sauvegarde des objets personnels, mais aussi efficacité des services administratifs, confort et ponctualité du brancardage, longueur des files d'attente aux admissions, etc.

Mais, dans ce domaine si important de la qualité du service public hospitalier, les plaintes, même lorsqu'elles témoignent d'un dysfonctionnement réel, débouchent rarement sur des contentieux car les préjudices résultant d'une mauvaise gestion sont finalement assez minces au regard des enjeux (comment se plaindre de la soupe alors que tout l'hôpital se mobilise pour vous sauver la vie ?). Voilà qui diminue d'autant le rôle de la commission dont la tâche principale est d'orienter vers des procédures contentieuses*.

La commission de conciliation, il est vrai, est informée des réponses aux questionnaires de satisfaction remplis par les patients à leur sortie. Elle peut faire des recommandations au directeur. Toutefois ces recommandations

* La procédure d'accréditation (introduite elle aussi par l'ordonnance du 24 avril 1996) est plus à même d'introduire de la qualité dans l'organisation et la gestion de l'hôpital, mais elle a pris un départ médiocre et tardif et ses résultats sont, pour le moment, limités.



ne sauraient empiéter sur les prérogatives d'autres instances. Des recommandations d'ordre budgétaire (refaites les cuisines, monsieur le directeur !) seraient de la compétence du conseil d'administration, des propositions touchant au personnel (changez de cuisinier, monsieur le directeur !) seraient du domaine du directeur et du comité technique d'établissement, etc.

Aussi est-il permis de penser que les recommandations de la commission prendront le plus souvent la forme de vœux pieux, le directeur répondant qu'il fait de son mieux avec les moyens dont il dispose.

À propos du dossier médical

Sans doute plus nombreuses sont les plaintes témoignant d'un manque d'information. S'il est un domaine où le droit des malades s'est le plus affirmé ces dernières années — au prix, il est vrai, de véritables retournements de la jurisprudence —, c'est bien dans celui du droit à l'information.

Le sujet est largement développé dans ce numéro. Aussi ne sera-t-il traité ici que des demandes qui concernent au premier chef le médecin conciliateur : les demandes d'accès au dossier médical. Demandes fréquentes et d'autant plus insistantes qu'elles sont formulées par des proches de patients décédés ou qu'elles s'inscrivent (que le malade soit ou non décédé) dans une démarche pré-judiciaire.

Pour bien des plaignants, le dossier médical a quelque chose de sacré. Il conserve, tapie au fond de lui, une vérité — la vérité — que médecins et infirmières ont cachée ou mal exposée.

Objectivement, tel n'est pas le cas. Très souvent, le dossier médical, lointain descendant de l'observation anatomo-clinique, n'a pas les vertus qui lui sont prêtées. Ce n'est qu'un outil assez désuet, objet de beaucoup d'égards de la part des soignants, mais peu performant. S'y entassent sans autre logique que celle de l'empilement : feuilles de température (intérêt ?), remarques des infirmières, documents administratifs, photos au polaroid (échographies), images numérisées commentées ou non, résultats d'examen de laboratoire non interprétés, et même... dossier de recherche clinique (!).

Ce dossier « papier » pléthorique et impotent vit, il est vrai, ses derniers jours. Il sera remplacé — il est déjà remplacé — par un dossier électronique fiable contenant des informations classées de façon cohérente, susceptibles d'être traitées intelligemment,

largement ouvert au malade par un code d'accès personnel unique.

Il n'empêche... le débat en cours sur l'accès au dossier médical, propriété du patient, comme le proclame le Conseil national de l'Ordre, propriété de l'hôpital, comme le disent, depuis 1943, les règlements administratifs, n'a de sens que si sa tenue et ses fonctions sont clairement définies.

Il n'en est pas ainsi aujourd'hui. L'article R 710-2 du Code de la santé publique qui traite du dossier médical est obsolète (pas un mot sur l'imagerie), imprécis (quelle différence entre « une exploration para-clinique » et « un examen complémentaire » ?) et ouvre la voie à toutes les interprétations (qu'est-ce qu'un examen « significatif » ?).

Il conviendrait de le mieux rédiger et de prendre — par voie législative au besoin — les dispositions nécessaires pour que soient introduites dans le dossier médical les techniques nouvelles de stockage et de traitement de l'information.

Conciliateur, médecin traitant, ou toute personne à laquelle il plaira à la loi de donner la possibilité de consulter le dossier médical pourront alors en tirer le meilleur parti. Le droit du patient à l'information, tant réclamé, y gagnera.

Ayant droit ou mandataire ?

Lorsqu'il consulte le dossier d'un malade décédé, le médecin conciliateur doit « obtenir au préalable l'accord de ses ayant droit ». Si le patient est décédé il n'y a plus de conciliation possible et tout contentieux est éteint, à moins justement que la procédure soit reprise par ses ayant droit. Ce serait donc les ayant droit qui demanderaient l'ouverture du dossier, plutôt que le médecin conciliateur dont on ne voit pas bien quelle curiosité le pousserait à consulter un dossier à propos duquel on ne lui demande plus rien.

L'ayant droit, c'est, disons le mot, l'héritier. Ayant accès au dossier, l'héritier ne peut donc se voir opposer un droit pourtant fondamental du malade : le droit au secret.

Il est peu respecté aujourd'hui, ce droit au secret médical, du moins vis-à-vis des proches (ou de ceux qui passent pour tels) et il est loin le temps où l'on pouvait proclamer du haut des chaires de médecine ou de droit que le malade « emportait le secret dans sa tombe ». Pourtant, ils ne sont pas si rares ces secrets dont on ne voudrait pas qu'ils

soient révélés, après la mort, à l'épouse, au mari, à la fille, aux parents.

Et puis, toutes les soignantes, tous les soignants le savent : l'ayant droit n'est pas toujours le plus proche du malade. En ces temps de familles recomposées, est-ce l'époux parti mais non divorcé ou le compagnon de tous les jours, l'amie chère, la femme indifférente ou le fils lointain qui sont les plus proches du malade et devraient être accueillis, reconnus comme tels par les conciliateurs ?

Une façon sinon de lever du moins d'atténuer ces difficultés serait d'introduire dans le droit des malades la notion de mandataire. C'est un mandataire, librement choisi par le patient de son vivant, qui serait chargé de faire valoir ses droits en cas d'incapacité ou d'incapacité à s'exprimer et de poursuivre ou d'entreprendre une démarche contentieuse en cas de décès.

Si cette mesure était adoptée, il ne serait pas très difficile de demander à toute personne entrant à l'hôpital de désigner un mandataire, comme elle désigne aujourd'hui une « personne à prévenir ». Dans la plupart des cas ce serait un membre de la famille. Si le patient avait d'autres préférences, elles seraient respectées.

Les réticences face à la médiation

La commission de conciliation (avec son médecin conciliateur) résume, en l'état de la réglementation, les possibilités de conciliation offertes par l'hôpital à l'usager. Elles sont finalement assez minces, car le décret de 1998 se borne à donner mission au médecin conciliateur de rencontrer les patients ou leurs ayant droit lorsqu'ils formulent une réclamation mettant en cause l'activité médicale et fait principalement de la commission une instance d'information (information du directeur, du conseil d'administration, de la commission médicale d'établissement, du CTE, etc.).

Certes, rien de ce qui permet au malade de s'exprimer n'est inutile, et tout ce qui facilite le dialogue entre usager et institution est bienvenu. Mais, il est bon de le souligner, la commission ne dispose d'aucune prérogative contentieuse. Dans ce domaine, les compétences du directeur et du conseil d'administration restent inchangées.

Sans doute le législateur de 1996 (dont il est difficile de connaître les intentions, la commission de conciliation ayant été créée par voie d'ordonnance, donc sans débat parlementaire) n'a-t-il pas souhaité

introduire à l'hôpital une véritable médiation.

La médiation est la mal-aimée des juristes français qui, bien qu'ils s'en défendent, voient souvent en elle un contournement du droit et craignent qu'elle tombe dans les mains inexpertes des non-professionnels.

Il est certes légitime de veiller à ce que la pratique de la médiation n'ait pas pour objet principal, en évitant les voies juridictionnelles classiques, d'écarter ou d'atténuer la responsabilité de l'hôpital ou des soignants en cas de faute. Elle ne doit pas être une justice au rabais, mais un mode alternatif de résolution des conflits moins lourd, moins impersonnel, plus proche de l'usager que ceux proposés par l'institution judiciaire. C'est en cela qu'elle mériterait d'être développée davantage.

Est-ce parce que la médiation n'est pas (encore ?) bien implantée dans les habitudes françaises qu'elle est peu utilisée à l'hôpital ? Sans doute.

Autant qu'il est possible d'en juger, elle n'est utilisée ni par les hôpitaux qui s'assurent, ni par ceux qui, comme l'AP-HP, sont leur propre assureur. Les services juridiques des uns et des autres restent réticents à traiter au fond de différends où la responsabilité de l'hôpital n'est pas clairement engagée.

Pourtant, il est vaste le champ de ces échecs médicaux qui ne sont pas la conséquence d'une faute commise par un médecin ou par l'institution, soit que le malade n'ait pas obtenu l'amélioration ou la guérison promise et souffre toujours, soit que sa santé se détériore de façon inattendue par rapport au cours naturel de sa maladie, soit encore que surviennent des complications après un acte chirurgical, un traitement médical ou radiographique. Les malades victimes de ces échecs ont souvent le sentiment que leurs souffrances ne sont pas bien prises en considération, qu'ils sont peu écoutés, qu'ils lassent, et cette détresse s'aggrave parfois lorsque leur culture, différente de la nôtre, les pousse à s'exprimer d'une façon que nous ne comprenons pas.

En ayant recours aux services d'un médiateur, l'hôpital serait mieux en mesure de dialoguer avec eux, de les comprendre, de leur faire percevoir le point de vue hospitalier. Il pourrait les indemniser sans attendre qu'un tribunal s'appuyant sur un arrêt Gomez ou Blanchi reconnaisse la responsabilité sans faute de l'hôpital, ou qu'un éventuel fonds d'indemnisation national

(qui sera peut-être créé lors d'une prochaine session parlementaire) les dédommage.

Semblable démarche n'est pas à la portée de l'actuelle commission de conciliation, d'autant que le médiateur ne saurait être, comme c'est le cas aujourd'hui, un médecin de l'établissement.

Réfléchissons aux moyens de mettre en place à l'hôpital une véritable médiation qui nous permettra d'avoir un regard lucide sur les réalités de l'exercice médical, faillible par définition, et de reconnaître les souffrances de celles et ceux qu'il n'a pu guérir. ■