

## LA MÉDIATION S'ÉLARGIT AU SECTEUR DE LA SANTÉ

**Créé début 2009, le Pôle Santé et Sécurité des Soins (P3S) parachève le champ de compétences de l'Institution. Saisi notamment sur des difficultés d'accès au droit, des défauts de soins et des conflits consécutifs à des aléas ou des fautes thérapeutiques, il exerce sa mission dans un climat nouveau de méfiance entre une opinion en demande de transparence et un monde médical sous pression.**

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a certes marqué une avancée significative pour les droits du malade, notamment en instaurant les Commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC). Celles-ci permettent en effet aux usagers des établissements de santé de rencontrer les personnels médicaux en présence d'un médecin médiateur afin de les aider à trouver des solutions aux problèmes rencontrés. Dans les faits, cependant, ces usagers en situation de blocage ignorent souvent la manière de saisir cet interlocuteur, voire son existence même. Fort de son expérience sur d'autres terrains de conflits potentiels, le Médiateur de la République offre aux réclamants, depuis un an, un lieu d'écoute et d'information, et à tous les acteurs de la santé des moyens de renouer le dialogue là où il était rompu.

Les missions du Pôle Santé et Sécurité des Soins ne s'arrêtent pas là. Son rôle de médiation dans des dossiers liés à un préjudice susceptible d'entraîner des poursuites disciplinaires ou d'engager une responsabilité pénale, civile ou administrative fait de lui un observateur privilégié d'événements indésirables graves. Il était donc logique de lui confier une mission d'alerte de l'autorité sanitaire. C'est ce qui a été fait par le biais de partenariats avec le ministère de la Santé, la Haute Autorité de santé, l'Institut de veille sanitaire, l'Afssaps (Agence française de sécurité sanitaire et de produits de santé), le Conseil de l'ordre des médecins et même l'Autorité de sûreté nucléaire. Il s'agit du seul système en Europe qui permette d'assurer, au travers d'un recoupement systématique des informations, une veille sanitaire par l'intermédiaire des usagers du service de santé. Dans cet esprit, le Pôle Santé et Sécurité des Soins cherche à promouvoir un signalement plus systématique des incidents médicaux, condition indispensable à l'identification des dysfonctionnements et à l'amélioration des pratiques. La médiation physique, en par-

ticulier, a valeur pédagogique pour les professionnels : elle ne cherche pas à désigner un coupable, mais à permettre une exploitation positive de l'erreur.

### La « judiciarisation » croissante des conflits

Dans ce nouveau cadre, quelles grandes tendances se dégagent de l'activité du Médiateur de la République en matière de santé ? En premier lieu, l'amplification d'un phénomène déjà constaté auparavant : l'accroissement des demandes d'information concernant l'accès au droit des usagers et, plus généralement, une exigence plus grande de transparence. En regard de ce comportement nouveau, les professionnels de santé manifestent parfois une tendance à la rétention d'informations et au repli.

Ce phénomène va de pair avec une autre grande tendance, la « judiciarisation » croissante des conflits. Les personnes qui s'estiment victimes d'une erreur ou d'un dysfonctionnement dont elles ont à souffrir sont de plus en plus tentées de porter l'affaire devant les tribunaux, parfois pour obtenir non seulement réparation, mais une sanction pénale, administrative ou civile à l'égard de la personne ou de l'établissement estimé fautif. Certes, le phénomène, à l'étranger d'ailleurs aussi bien qu'en France, dépasse largement le cadre des questions de santé : on sait que d'une manière générale, les conflits se règlent de plus en plus dans les prétoires. Le fait est même plus net dans d'autres domaines, car le nombre de procès intentés à des médecins est régulièrement surestimé par le corps médical lui-même. Mais il entraîne ici une conséquence grave : il entretient et amplifie les situations de blocage. Les professionnels de santé sont d'autant plus tentés d'opposer le secret, à tout le moins de retenir certaines informations, qu'ils redoutent des suites judiciaires. À l'occasion de tout acte médical pèse désormais sur les professionnels de santé la peur du procès, qui encourage la tentation du repli.

## **Médiatisation des « affaires » et rôle pervers de l'information en ligne**

Lorsqu'il y a eu décès d'un patient ou complications graves, le médecin justifie souvent son silence par la crainte de ne pas se faire comprendre s'il s'exprime en termes techniques. Mais ce silence, cette rétention d'informations, sont très mal vécus par la victime ou ses proches, qui réclament la transparence. Dans le cas d'une personne décédée, la famille ne se contente pas d'une explication en quelques lignes mais exige la communication de la totalité du dossier, alors que le chirurgien ou l'établissement concerné discute le caractère « communicable » des différents éléments. L'attitude hostile des proches se nourrit de ce refus de donner l'information, refus qui est parfois considéré comme plus grave que l'erreur médicale elle-même. Ainsi se développe une spirale de l'incompréhension qui débouche sur des situations de blocage total. Seule une médiation impartiale, qui commence par un examen approfondi du dossier médical, peut alors permettre de renouer le dialogue.

Ces situations de blocage sont amplifiées par deux phénomènes. Le premier est la médiatisation d'« affaires » médicales qui amènent l'opinion publique à réagir avec excès : sans remonter jusqu'à celle du sang contaminé ou de l'hormone de croissance, on se souvient de l'impact qu'ont eu dans l'opinion le décès d'un petit garçon à l'hôpital à la suite d'une erreur d'ampoule et plusieurs incidents en radiothérapie. Précisément, la création du P3S s'est trouvée survenir au milieu de plusieurs de ces « affaires », donc en pleine crise de confiance vis-à-vis du monde médical. L'autre phénomène qui apparaît manifestement au Médiateur de la République est l'influence des multiples sources d'informations qu'Internet met à la disposition du grand public. Des usagers mal informés, parfois sur la foi de « posts » publiés sur des forums sans aucun contrôle scientifique, opposent au corps médical des certitudes fondées sur des éléments de connaissance parcellaires, inadaptés à la situation ou mal interprétés.

Intervenant dans un tel climat de tension, le Médiateur de la République doit d'abord clarifier la situation en faisant la distinction entre trois événements possibles : complication médicale (due à l'état de santé antérieur du patient), aléa thérapeutique et accident médical fautif. La tâche, qui suppose un examen approfondi du dossier et l'écoute des personnels mis en cause, est rendue plus difficile par une compréhension paradoxale des aléas médicaux de la part des réclamants : collectivement, les gens comprennent que le risque zéro n'existe pas, mais ne l'admettent pas individuellement. À cet égard, la loi de mars 2002, qui a reconnu l'aléa et la réparation, n'a pas toujours été bien comprise.

## **Le défi de la maltraitance ordinaire**

Enfin, on ne s'étonnera pas d'apprendre que les recours au Médiateur de la République sont d'autant plus nombreux, et portent sur des dossiers d'autant plus lourds, que le personnel de santé est sous pression. C'est particulièrement le cas dans les services d'urgences, qui doivent faire face à des demandes toujours plus nombreuses, et d'ailleurs pas toujours fondées médicalement. Le risque d'une vigilance prise en défaut, d'une mauvaise évaluation de l'urgence ou d'une erreur de diagnostic est d'autant plus grand. De surcroît, on comprend bien que le droit à l'information préalable du patient en cas d'opération ne puisse être aussi bien assuré dans le cas d'une intervention d'urgence. Les conflits dont le Médiateur est saisi trouvent souvent leur origine dans cette pression.

On en trouve aussi une conséquence dans un autre phénomène, que le Pôle Santé et Sécurité des Soins du Médiateur considère comme un défi majeur à relever : ce que l'on peut appeler la maltraitance ordinaire dans les établissements de santé. Sur l'ensemble des 4 795 requêtes des usagers du système de santé instruites, près de 8 % faisaient état directement d'un fait de maltraitance « ordinaire ». Qu'il s'agisse de déficits en matière d'hygiène, d'une prise en compte insuffisante de la douleur ou des caractéristiques du patient – âge, handicap, isolement, vulnérabilité –, ces faits ne sont pas toujours à mettre sur le compte d'un défaut d'action des professionnels ; ils s'aggravent parfois du fait que le patient est accueilli dans un service inadapté. De telles situations entraînent aussi une souffrance pour celui qui en est témoin et rendent encore moins supportable le stress au travail. Cette pression vient alors s'ajouter à celle que subissent parfois les professionnels de santé de la part des patients ou de leurs proches : incivilités, menaces, intimidations, humiliations, violences verbales, voire physiques. Le rôle du Médiateur, qui dans un cas sur cinq est saisi par les professionnels de santé eux-mêmes – notamment sur les questions de maltraitance –, est aussi de prendre soin des soignants, sans les stigmatiser, et de promouvoir avec leur concours une politique de « bientraitance ». ■