

La mise en œuvre du droit de plainte en Belgique francophone. Observation des processus de médiation en soins de santé

Christophe Dubois, Élise Vandeninden

DANS **REVUE FRANÇAISE DES AFFAIRES SOCIALES** 2017/1 , PAGES 79 À 96
ÉDITIONS **DREES MINISTÈRE DE LA SANTÉ**

ISSN 0035-2985

DOI 10.3917/rfas.171.0079

Date de mise en ligne : 19/04/2017

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2017-1-page-79?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour DREES Ministère de la santé.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

La mise en œuvre du droit de plainte en Belgique francophone. Observation des processus de médiation en soins de santé

Christophe Dubois et Élise Vandeninden

RÉSUMÉ

Il s'agit d'aborder ici le traitement des dossiers relatifs aux droits du patient dans les hôpitaux belges francophones par le médiateur, c'est-à-dire celui qui, par obligation légale, est chargé de traiter les plaintes consécutives à l'application de ce droit. Que devient la plainte du patient ? Telle est la question à laquelle tente de répondre cet article tout en rendant compte des processus d'organisation locale des services de médiation au sein des hôpitaux. Il s'agit ainsi d'éclairer les liens et les écarts entre, d'une part, les discours qui accompagnent l'instauration de la fonction de médiation en soins de santé et, d'autre part, les pratiques concrètes de médiation déterminées par le travail des médiateurs dans les hôpitaux.

ABSTRACT

Implementation of the right of complaint in French-speaking Belgium.

A study of the mediation process in health care

This article concerns the treatment of patients' rights cases in French-speaking Belgian hospitals by the "mediator", that is, the person who has the legal duty of dealing with grievances arising from the application of this right of complaint. What happens to a patient's complaint? This is the question that this article attempts to answer through a report on the "local" organization of mediation services within the hospital. It thus clarifies the links and divergences between the formal discourses accompanying the implementation of the mediation function in health care on the one hand, and, on the other hand, the actual practices of mediation determined by the work of mediators in the hospital.

Introduction¹

La loi du 22 août 2002² marque, en Belgique, d'importantes avancées en matière de droits des patients. Elle leur reconnaît notamment :

- le droit à des prestations de soins de qualité (art. 5) ; le droit au libre choix du praticien professionnel (art. 6) ;
- le droit à l'information sur l'état de santé (art. 7) ;
- le droit au consentement libre et éclairé à la prestation médicale (art. 8) ;
- le droit à un dossier médical soigneusement tenu à jour et conservé en lieu sûr (art. 9, § 1et 2) ;
- le droit de consultation et d'obtention de copie du dossier de patient (art.9, § 3) ;
- le droit à la protection de la vie privée (art. 10).

Quant à l'article 11, il stipule que « le patient a le droit d'introduire une plainte concernant l'exercice des droits que lui octroie la présente loi, auprès de la fonction de médiation compétente³. »

Un triple mécanisme vise à garantir l'effectivité de ce droit de plainte. Au niveau local d'abord, chaque hôpital (ou groupe d'hôpitaux) est tenu d'organiser en interne un service de médiation. Au niveau fédéral ensuite, une cellule de médiation – composée d'un médiateur francophone et d'un médiateur néerlandophone – a été créée afin de répondre aux plaintes relatives aux praticiens exerçant en dehors du contexte d'une institution de soins. Enfin, la commission fédérale Droits du patient a été instaurée pour évaluer la mise en œuvre de la loi de 2002 et pour formuler des avis destinés au ministre compétent⁴.

Parmi les différentes innovations introduites par le texte législatif de 2002, c'est sur l'instauration de la fonction de médiation « droits du patients » (art. 11) que se concentre la présente contribution. Divers auteurs situent l'émergence de cette fonction et celle, plus ancienne, de la reconnaissance du droit de plainte, dans un processus sociohistorique de distanciation par rapport au « paternalisme médical » qui prévalait jusqu'alors (Parsons, 1960, p. 428-479 ; Derèse, 2013a, p. 305). Ainsi, le droit des patients s'est développé dans une institution hospitalière « désanctuarisée » (Lecœur-Boender, 2007), où le patient s'érige progressivement en acteur autonome et expert (Boudier *et al.*, 2012), capable de manifester son mécontentement et de discuter la décision du médecin. En reconnaissant ces évolutions dans le droit, l'État participe à la formation d'un marché de la santé particulière et sectorielle (Batifoulier, 2008). Dans un tel contexte de plurinormativité et d'argumentation (Kuty, 2001, p. 136), il convient de repenser les mutations du rapport à la norme (De Munck et Verhoeven, 1997) tout autant que la question du tiers (Volckrick, 2008).

Toutefois, certains auteurs soulignent l'ambiguïté des discours politiques qui véhiculent les idées de médiation hospitalière et de droits du patient. Ainsi,

1. Nous adressons nos remerciements aux évaluateurs anonymes de la revue pour leurs judicieux conseils.

2. Concernant la genèse de cette loi, voir Derèse (2013a).

3. Précisons que l'article 11 bis mentionne le droit au soulagement de la douleur.

4. Notons également que des médiateurs interculturels sont présents dans les hôpitaux désireux d'organiser ce service (Nierkens *et al.*, 1999). Leur fonction ne fait toutefois pas l'objet de la présente étude.

selon Cantelli (2011, p. 107), le droit de plainte se caractérise « par des repères fuyants, des appuis fragiles et des gages incertains » qui ne permettent pas une mise en œuvre automatique des droits du patient. D'autres auteurs (Robson et Morrison, 2003 ; Lebed et McCauley, 2005) tendent à démontrer l'asymétrie persistante des relations de pouvoirs entre patients et soignants. Fort de ces constats, Gibson (1999) interroge la pertinence d'une posture de neutralité de la part des médiateurs dans le champ de la santé, alors que Mannozi (2015, p. 31) démontre que les processus de conciliation mis en place par « les nouveaux professionnels de la médiation » peuvent servir les intérêts des soignants.

Dans le prolongement de ces travaux, nous posons l'hypothèse selon laquelle les processus de travail des médiateurs hospitaliers prospèrent sur une certaine ambiguïté. L'ambiguïté qui caractérise les discours relatifs à la médiation « droits du patient » provient notamment de leurs multiples sources : discours législatif (loi du 22 août 2002) d'abord, qui reconnaît aux patients le droit de plainte ; discours de l'organisation (hôpitaux ou groupe d'hôpitaux) ensuite, qui instaure la fonction de médiation sous la contrainte législative ; discours des médiateurs enfin, interprètes des discours législatifs et organisationnels (Dubois, Orianne, 2012), désireux de justifier leurs actions. Nous postulons donc que c'est à travers un travail collectif et permanent de *sensemaking* (Weick, 1995) que les médiateurs hospitaliers essaient de réduire l'ambiguïté inhérente à la fonction de médiation et aux situations problématiques qui leurs sont soumises au quotidien. Dans cette optique, nous concevons la loi de 2002 comme un diagramme d'action publique⁵ d'avantage que comme un programme d'action gouvernementale qui fixerait à l'avance des objectifs clairs et des méthodes précises à appliquer pour les atteindre (Dubois et Orianne, 2012).

Compte tenu de ces éléments, le présent article vise à rendre compte des processus d'organisation locale des services de médiation au sein des hôpitaux belges afin d'analyser les liens et les écarts entre d'une part les discours qui accompagnent l'instauration de la fonction de médiation en soins de santé et d'autre part les pratiques concrètes de médiation déterminées par le travail des médiateurs dans les hôpitaux.

Pour ce faire, le choix d'une méthodologie qualitative permet d'appréhender les phénomènes d'interprétation-composition dans leur diversité. Des entretiens semi-directifs ont ainsi été menés auprès de 10 médiateurs internes aux hôpitaux (ou groupe d'hôpitaux) belges francophones – à l'exclusion des institutions de soins en santé mentale – au cours de l'année 2014-2015. Le tableau suivant synthétise les principales caractéristiques des professionnels rencontrés :

5. La notion de diagramme de l'action publique comme celle de partition à construire empruntée à John Cage permettent de comprendre qu'une « politique floue et sans contenu peut se révéler être, à l'image de "l'art expérimental", un projet "qui se veut d'expérience et d'invention plus que de finalité" (Rigaud, 2006, p. 24), processus plutôt que résultat(s). Cette métaphore heuristique met l'accent sur l'absence de hiérarchie et de division claire des fonctions (entre compositeur, interprètes et auditeurs), sur le processus compositionnel "à plusieurs", ainsi que sur le caractère indéterminé ou aléatoire de l'œuvre » (Dubois et Orianne, 2012, p. 136).

	FORMATION	SERVICE	ANCIENNETE
1	Droit + infirmière	Urgences (mais sont à deux)	Depuis 1999
2	Assistante sociale (AS)	Directeur général (DG) Coordonne aussi les 6 médiatrices interculturelles	Depuis 2012
3	Infirmière + certificat en management qualité	DG mi-temps Service qualité autre mi-temps	Depuis 2003
4	Droit	DG mi-temps Conseillère juridique au conseil d'administration autre mi-temps	Depuis 2012
5	Bachelier en psychologie + master en sciences de la famille + master en médiation	DG	Depuis 2012
6	Infirmière + master en gestion hospitalière + master en management public	Médiatrice externe pour hôpitaux affiliés	Depuis 2003
7	Master en médiation	Service qualité / médiation	Depuis 2014
8	Infirmier santé publique + master en sciences du travail + formations médiation	DG	Depuis 2004
9	Éducatrice + master en psychologie + formation médiation	Service juridique	Depuis 2012
10	Kinésithérapeute + master en sciences hospitalières et santé publique + formation médiation hospitalière	DG	Depuis 2004

DREES Ministère de la santé | Téléchargé le 23/09/2026 sur <https://shs.cairn.info> (IP: 109.129.245.85)

L'objectif de chaque entretien visait à suivre la progression de dossiers de plaintes concrets : que devient la plainte du patient lorsqu'elle est prise dans un processus de médiation ? Quels sont les freins et les moteurs rencontrés par le médiateur dans l'exercice de sa fonction ? Quels sont les fruits de la médiation « droits du patient » ? C'est à travers la description des différentes phases des processus de traitement de ces dossiers que nous sommes parvenus à rendre compte du travail collectif des médiateurs et à l'analyser.

Notons que, pour des raisons de confidentialité, les extraits d'entretiens mobilisés dans le présent article ne mentionnent ni le nom ni l'appartenance institutionnelle de leur auteur. Précisons encore que l'analyse de divers documents nous a permis d'approcher les profils des médiateurs belges et leurs activités : une enquête par questionnaires (Derèse, 2013b), les rapports annuels des médiateurs hospitaliers et leurs synthèses annuelles⁶, un rapport de la Fondation Roi Baudouin (2010) et aussi diverses contributions signées par les médiateurs eux-mêmes (Homerin *et al.*, 2002 ; Jacob et Lévy, 2007 ; Vanormelingen, 2008).

6. Ces rapports sont disponibles à partir de la page suivante (consultée le 22/12/2016) : <http://www.health.belgium.be/fr/rapport-annuel-pour-la-commission-federale-droits-du-patient>.

Gestion et traitement des plaintes

Lorsqu'ils décrivent leurs activités de travail, tous les médiateurs opèrent une distinction entre le traitement des plaintes relatives aux droits du patient et la gestion des autres plaintes.

« Le traitement des dossiers de plaintes “droits du patient” représente 20 % de mon travail. Ces plaintes concernent surtout des erreurs médicales. Leur traitement est facile : je commence par discuter avec le médecin. Il faut rassembler les documents, et je joue un peu le rôle d'interface. Mais 80 % de mon travail est consacré aux plaintes les plus diverses. Les gens se plaignent de tout : la nourriture, les parkings, les délais d'attente, etc. Par écrit, mais le plus souvent au téléphone. Ils déversent une agressivité et une violence quotidienne. »

Les médiateurs situent systématiquement le traitement des plaintes liées aux droits du patient au centre de la mission que leur confère la loi du 22 août 2002. Les rapports d'activité annuels rédigés par les médiateurs permettent de préciser que ces plaintes concernent généralement les droits du patient à bénéficier de soins de qualité (50 % à 65 %), à être informé (10 % à 14 %) et à obtenir une copie de son dossier médical (7 % à 10 %).

Mais comme l'indique l'extrait d'entretien mentionné ci-dessus, d'autres tâches débordent de ce cadre et sont liées à la mission que leur confère non plus la loi, mais l'organisation au sein de laquelle ils exercent : il s'agit des plaintes administratives. Le « médiateur droits du patient » joue alors parfois un rôle de « réceptacle de plaintes en tout genre », indique l'un d'eux. Ces plaintes, tout comme les plaintes administratives, font aujourd'hui partie du périmètre d'activité de nombreux médiateurs, plus particulièrement ceux dont la fonction les occupe à temps plein. Il en va ainsi, par exemple, des cas concernant des patients décédés.

« Je reçois aussi des demandes de médiation en dehors de la loi de 2002. J'organise alors des médiations, des vraies, mais en dehors la loi. C'est notamment le cas de demandes concernant un patient décédé. Les droits du patient s'éteignent avec celui-ci, à sa mort. Normalement, ces matières ne passent pas par nous. Mais on le fait quand même tous en Wallonie. Je précise alors que je ne suis plus médiatrice au regard de la loi et que je ne peux plus consulter les dossiers. Je leur propose de gérer la plainte avec les directeurs “médical” et “nursing” et de faire appel à mon expérience de médiatrice. Je mets alors en place des réunions avec les plaignants (la famille) et les deux directeurs. Les praticiens sont eux-mêmes sensibles au sort des personnes, plus qu'à l'image de l'hôpital, parfois. »

Certaines demandes de médiation peuvent également provenir du personnel soignant et concerner des tensions avec un patient récalcitrant. Quelques sollicitations visent, plus rarement, à régler certains conflits au sein de (ou entre) certaines équipes. Si ces demandes excèdent à nouveau le cadre légal – selon lequel seul le patient peut être à l'origine d'une demande de médiation –, presque tous

les médiateurs rencontrés acceptent de les traiter, à titre préventif et/ou en vue d'entretenir une bonne collaboration avec les soignants.

De façon générale, le patient n'introduit donc pas une demande de médiation, mais plutôt une plainte. Le terme de « médiation » traduit par conséquent moins le travail effectué par les médiateurs que ceux de gestion des plaintes. Ce type de travail – de gestion des plaintes – concerne le plus souvent des plaintes qui ne sont pas liées aux droits du patient. L'intervention des médiateurs consiste alors à éduquer le patient sur le contenu de ses droits et aux diverses façons de les faire valoir :

« J'ai déjà reçu une plainte, parce qu'il n'y avait pas assez de pommes de terre sur les plateaux-repas à midi, alors que le matin, j'avais rencontré une mère qui venait de perdre son bébé. Il y a tout un travail d'éducation à faire. Mais le plus souvent, je dois rappeler aux gens que la médecine n'est ni une science exacte ni une relation commerciale. Cela ne relève pas de la médiation ni des droits des patients à proprement parler. »

Concernant le traitement des plaintes liées aux droits du patient, les médiateurs distinguent celles relatives à la qualité de la prestation et celles relatives à la qualité des relations :

« Le nombre de mes dossiers reste stable. J'envoie un rapport annuel au directeur général [de l'hôpital] et un au SPF [service public fédéral]. J'ai un nombre de dossiers qui tient en 4 ou 5 contacts téléphoniques par semaine. Je tournais autour de 100 plaintes « droits du patient », en 2013. Là-dedans, il y a 75 plaintes liées au droit aux soins de qualité. Là, il faut distinguer entre la qualité liée à la prestation et la qualité liée à la relation. »

Les plaintes liées à la qualité de la prestation concernent plus particulièrement les médecins :

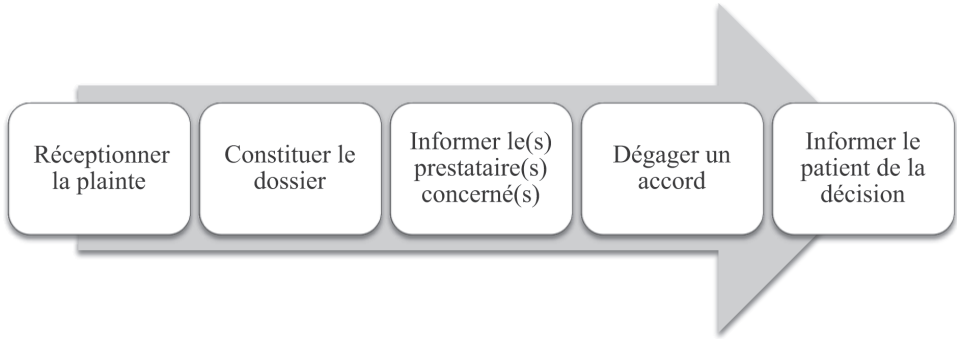
« Il est arrivé que l'on opère quelqu'un de la mauvaise jambe. Je sers alors de relais vers notre conseiller juridique qui, lui, contacte les assureurs. Je suis alors une interface. Je fais du lien avec une écoute active. Moi, je ne reste pas seulement dans le droit, contrairement au conseiller juridique. Souvent, dans ces cas-là, les patients ne souhaitent pas ou n'ont pas besoin de rencontrer le médecin. Ils ont surtout besoin d'être écoutés, de recevoir une réponse écrite ou un *feedback* par mon intermédiaire, d'être tenus au courant de l'avancement du dossier. »

Quant aux plaintes liées à la qualité de la relation, elles concernent davantage le personnel soignant.

« Une infirmière n'a pas été aimable avec une patiente qui, du coup, s'est sentie infantilisée. Ce n'était pas la qualité du pansement, le problème. Ce n'était pas un problème de savoir-faire, mais bien de savoir-être. La dame avait besoin de dire à l'infirmière les sentiments d'humiliation qui l'encombraient. Là, les personnes demandent davantage une rencontre. On a de plus en plus de demandes d'explication et d'excuses. On doit alors faire

comprendre aux patients que la médiation n'est pas un moyen de sanctionner les prestataires. »

Pour mieux saisir le travail des médiateurs, il convient de décomposer le processus de traitement des plaintes en cinq phases. Il s'agit de montrer, pour chacun de ces moments, les contraintes et les ressources des médiateurs et également les partenaires qu'ils mobilisent à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital. La description de chaque phase vise à montrer la spécificité de la médiation « droits du patient » en comparaison à des formes de médiation plus traditionnelles telles les médiations juridique ou familiale par exemple.



Phase 1 : réception de la plainte

Quand le médiateur reçoit une plainte de la part d'un patient, il demande généralement à ce que celle-ci soit formulée par écrit :

« Les plaintes nous arrivent par mail, courrier, téléphone. Parfois aussi, on rencontre les gens directement dans ce bureau ou dans leur chambre d'hôpital. Le cas le plus illustratif, c'est la personne qui sort de son rendez-vous en polyclinique, qui nous téléphone en colère et qui veut déposer une plainte directement. Je l'écoute, mais je demande après un écrit dans lequel elle doit reprendre les différents éléments. Ce qui est curieux c'est que très souvent, on ne reçoit jamais cet écrit ; il n'y a pas de suite. »

La rédaction d'une plainte écrite permet non seulement au patient de prendre du recul par rapport à l'événement tout en fournissant au médiateur les premiers éléments constitutifs de la plainte. Ces éléments renseignent notamment le médiateur sur un type particulier de plaintes liées aux droits du patient : celles qui concernent les suspicions d'erreur médicale. Ces dossiers qualifiés de délicats⁷

7. Ces dossiers constituent à la fois un tabou pour les médecins et les directeurs médicaux et un problème à traiter par les médiateurs. En effet, les erreurs, lorsqu'elles sont reconnues, coûtent cher. La médiation consiste en un processus de communication permettant parfois de négocier des accords, lesquels peuvent prendre la forme d'intervention médicale gratuite, de soins post-opératoires gratuits, etc. Dans certains cas, la non-reconnaissance de responsabilité s'accorde mal avec les intérêts et les droits du patient.

sont, selon les organisations, renvoyés directement vers les assurances des médecins ou pris en charge par le médiateur afin de faire émerger une solution à l'amiable.

La première phase concerne donc uniquement des interactions entre patient et médiateur. Elle peut se concevoir tel un processus diagnostique où le médiateur identifie le type de plainte, les différents éléments qui la composent du point de vue du patient et le traitement approprié à mettre en œuvre.

Cette première phase distingue déjà la médiation « droits du patient » des pratiques plus traditionnelles de médiation, telles que celles présentées par Guillaume-Hofnung (2015), où les deux parties peuvent, légalement, être à l'origine de la demande de médiation ; où le médiateur est laissé au libre choix des parties et occupe une posture neutre et indépendante. Ici, le patient ne peut s'adresser qu'à un médiateur : celui qui exerce au sein de l'hôpital concerné et dont l'indépendance est, de par ce fait, souvent mise en cause.

« C'est un problème inhérent à la façon dont la médiation est mise en place dans le milieu hospitalier : on est lié à une des parties plus qu'à une autre. Ici, moi, j'ai de la chance, parce que cet hôpital a vraiment pris la médiation au sérieux et a créé une entité particulière : je ne suis "que" médiateur, je ne fais rien d'autre. Je sais que dans d'autres organisations, ça n'est pas le cas : certains sont à mi-temps médiateur et l'autre mi-temps secrétaire de direction par exemple. C'est un vrai problème d'ordre idéologique et déontologique. »

Peu de médiateurs occupent en effet leur fonction à temps plein. Même si, depuis 2007, un arrêté royal⁸ prévoit l'incompatibilité de la fonction de médiation avec d'autres fonctions au sein de l'hôpital, 50,5 % des médiateurs déclaraient encore en occuper une en 2013, en tant que coordinateur de la cellule qualité (39 %), conseiller juridique, secrétaire pour la direction générale ou encore assistant social (Derèse, 2013b).

Phase 2 : constituer un dossier

Après avoir réceptionné la plainte du patient, la tâche du médiateur consiste à constituer un dossier, c'est-à-dire à rassembler les informations pertinentes et, éventuellement, combler certaines lacunes : dates des visites du patient chez le(s) prestataire(s), suivi médical, noms des prestataires de soins (médecins, infirmiers, etc.), traitements prescrits, etc. Ces informations nécessaires au travail du médiateur sont inscrites dans les dossiers médicaux des patients. Toutefois, les médiateurs n'ont pas le droit d'y accéder. En effet, ces dossiers sont digitalisés et archivés sur une plateforme électronique – dénommée Omnipro – dont l'accès est uniquement réservé au corps médical. Notons que, dans le cadre de leur fonction,

8. Arrêté royal du 19 mars 2007.

les médiateurs peuvent demander au patient une autorisation écrite pour accéder à ce dossier confidentiel⁹ :

« Je n'ai accès à rien : je n'ai pas accès à Omnipro. Si j'ai besoin d'une information, je dois demander [...]. Mais le dossier médical, pour moi, c'est quelque chose de confidentiel. Un point, c'est tout. »

On observe toutefois que certains médiateurs accèdent aux dossiers sans en formuler la demande auprès des patients. Ils se débrouillent alors en interne :

« Je n'ai pas accès aux dossiers. Mais je dois récolter tous les avis, et là, ça pose parfois problème ! J'ai donc deux personnes de confiance : une secrétaire pour l'accès à Omnipro ; et puis la responsable des urgences. Je sais ce que je peux leur demander. Quand j'ai les réponses, je ne les transmets pas directement aux patients. »

Après avoir collecté les différents éléments qui composent la plainte, une dernière phase de recherche est souvent effectuée par le médiateur : il s'agit d'une recherche documentaire au sujet du problème de santé soulevé dans le dossier. Au cours de cette phase de recherche, le médiateur peut se référer à la littérature scientifique et/ou de vulgarisation. Nous avons cependant observé que, lors de cette seconde étape, certains médiateurs font appel à des personnes de confiance (médecins spécialistes au sein ou en dehors de l'hôpital) afin de recueillir un point de vue extérieur sur la problématique médicale en question. Cette recherche est effectuée avant la rencontre avec le prestataire concerné par le médiateur, soucieux de paraître un interlocuteur convenable, à la hauteur.

Deux facteurs influencent donc à ce stade le traitement de la plainte : en premier lieu, la place et les relations du médiateur dans l'hôpital, c'est-à-dire sa capacité à obtenir ou non un accès au dossier du patient et, parfois, sa capacité à contacter des personnes de confiance. En seconde instance, la formation du médiateur fait de lui un expert ou un profane en matière médicale. Il faut préciser qu'en Belgique, aucune formation spécifique n'est exigée pour accéder à la fonction¹⁰, mais il semble que le profil du médiateur puisse avoir un impact important sur la qualité des relations qu'il entretient avec les prestataires. Ainsi, nombreux sont ceux qui témoignent avoir déjà dû justifier de leur qualification en matière médicale ou en matière de médiation.

9. Ainsi que le définissent notamment le Code de déontologie médicale et les recommandations de l'Ordre des médecins du 17 octobre 2005 relatives à la tenue de bases de données médicales contenant des données nominatives ou identifiables.

10. Aucune formation spécifique n'étant requise pour exercer cette fonction, celle-ci se compose de divers profils. Il ressort tout d'abord que plus d'un médiateur sur deux (Direction générale soins de santé, 2006) a suivi un cursus de niveau master, alors que seul un diplôme de l'enseignement de type court est exigé. Au niveau des disciplines, une majorité de professionnels semblent formés dans le domaine des soins de santé et plus particulièrement dans celui des soins infirmiers (35,2 %). À cela, il faut ajouter que 42,8 % des médiateurs suivent des formations continues dans différents domaines : médiation, communication non violente (CNV), gestion de conflit, etc. (Derèse, 2013b).

Phase 3 : informer le prestataire de la plainte

La troisième phase est celle où la communication tripartite, qui caractérise la médiation traditionnelle, se met en place. Le médiateur prend alors contact avec le prestataire concerné afin de l'informer de la plainte. L'objectif est de recueillir son point de vue sur la question. Mais dans certaines organisations, cette mission est en soi un défi :

« Pour qu'il y ait médiation, il faut que les parties le veuillent. Or, automatiquement, le patient le veut, parce que c'est lui qui est demandeur. Mais les prestataires, eux, ils se disent : "qu'est-ce que j'ai encore fait de mal ?" ; ils ne sont pas du tout demandeurs... »

Cet aspect contraignant pour l'une des deux parties est à compter parmi les éléments qui distinguent le plus clairement la médiation en soins de santé des pratiques traditionnelles de médiation, définies comme libres et volontaires.

Dans cette troisième étape du processus – qui consiste à informer le médecin de la plainte –, on observe l'influence de la configuration organisationnelle de l'hôpital. Dans un premier type de structure (A) que nous qualifierons d'horizontale – proche de la configuration « professionnelle » de Mintzberg (1982) –, le médiateur interagit directement avec les médecins¹¹ : ils discutent ensemble de la plainte et conviennent des éléments de réponse à intégrer dans le dossier. Ils bénéficient d'une certaine autonomie de travail. L'extrait suivant illustre leurs processus de travail :

« Hier, je reçois le courrier d'un patient qui conteste une facture pour une chambre privée, alors qu'il n'en avait pas demandé une. Il conteste aussi les suppléments d'honoraires de 225 %. Le problème éventuel, là derrière, pourrait être une absence de consentement. Je vais donc voir du côté des admissions s'ils disposent d'une déclaration signée ou non par le patient. Si elle a été signée, quand le patient l'a-t-il signée ? Après l'opération, dans un état vaseux ? Si aucune convention n'a été signée, de quelles informations disposait le patient ? Je vais aussi voir les médecins et infirmières pour voir si le patient leur a semblé confus ou au contraire bien à lui et j'expose ces éléments dans une note. »

Dans le second type de structure (B) que nous qualifierons de verticale – plus proche de la configuration « bureaucratique » de Mintzberg (1982)¹² – les

11. Notre démarche idéal-typique ne doit pas masquer le fait, bien réel, que les hôpitaux constituent des organisations complexes, composées de services singuliers. Par conséquent, une organisation hospitalière que nous qualifions d'horizontale peut être composée de quelques services (médicaux, soignants, administratifs) organisés de façon plutôt bureaucratique. Et *vice versa*. Toutefois, l'observation du travail des médiateurs et de la place qu'ils occupent au sein d'un hôpital permet de saisir la tendance organisationnelle – souvent nette – plutôt verticale ou horizontale qui détermine, en partie, les processus de travail des médiateurs. Il ressort de cette considération qu'un médiateur travaillant dans plusieurs hôpitaux y gèrera ses dossiers de manière adaptée aux configurations en vigueur.

12. Notons que les hôpitaux, comme les universités et les tribunaux, constituent des bureaucraties professionnelles, combinant les traits caractéristiques des deux configurations. Notre distinction entre les configurations verticales et horizontales traduit donc simplement une gradation, certains hôpitaux étant organisés plutôt de manière bureaucratique, d'autres de manière plutôt professionnelle.

médiateurs interagissent peu avec les médecins, ces derniers privilégiant davantage la communication avec leurs chefs de service et la direction médicale. La transmission de la plainte se fait alors davantage par courrier. Le médecin y donne suite en s'adressant à la direction médicale de l'hôpital. Le dossier sera discuté en commission. En plus d'y être souvent court-circuitée, l'intervention des médiateurs dans les configurations organisationnelles verticales est souvent limitée. Cette limitation est d'autant plus importante que les plaintes (jusqu'à 75 %) y sont directement adressées aux praticiens et qu'il arrive à ces derniers de répondre directement aux plaignants. Le degré de centralisation des décisions – par les directeurs médicaux et généraux – y est plus élevé que dans les configurations horizontales, comme l'illustre ce médiateur :

« En général, le médiateur qui reçoit la plainte écrit au prestataire concerné. Ici, les prestataires répondent presque toujours à la direction en évitant de me mettre en copie. C'est un problème à la fois légal et historique. Légal parce qu'il doit nous répondre, historique, parce que la mainmise de la direction est ancrée dans les mœurs. C'est ensuite au tour de la direction de me renvoyer la réponse. Je fais le tam-tam. Mais j'essaie de faire évoluer les mœurs. »

Lors de cette troisième phase, un échange de points de vue se met donc en place entre patient et médecin par l'intermédiaire du médiateur. Le « jeu de navettes » (Dubois et Orianne, 2012, p. 134) se complexifie bien souvent du fait que, dans les dossiers de médiation, plusieurs prestataires sont en cause. Selon les configurations organisationnelles des hôpitaux, des rencontres entre les différents prestataires concernés seront ou non organisées avant qu'une réponse ne soit adressée au patient.

Phase 4 : dégager un accord

Après avoir complété le dossier par le point de vue du prestataire sur la plainte, la tâche du médiateur consiste à dégager un accord. Comment procède-t-il ? Très souvent, les médiateurs témoignent du fait que, dès l'introduction de la plainte, le patient a déjà « son idée de solution en tête ». Il s'agit la plupart du temps d'une rétribution financière (« un geste sur la facture »), mais certains patients demandent aussi des excuses.

La proposition d'accord provient aussi parfois du médecin lui-même et de sa réponse au patient. Celle-ci est alors transmise au patient par le médiateur avec, selon les organisations, plus ou moins de précautions. Certains ont en effet appris, par de mauvaises expériences, qu'il convient de prendre des mesures particulières :

« La réponse du praticien, je l'envoie d'abord au praticien en disant : “Voilà la lettre que je vais transmettre au patient X. Est-ce que vous voulez bien la relire et me dire si vous êtes d'accord avec votre version des faits ?” Ils

relient et parfois ils changent certains éléments. Dans la lettre adressée au patient – c'est un canevas que j'ai trouvé –, j'inscris : "Je fais suite à notre entretien. Voici la version des faits du D^r Untel", deux points, ouvrez les guillemets et j'écris en italique pour dire ce n'est pas moi mais lui qui parle. Je ferme les guillemets et je repasse à ma police normale : "Je vous rappelle que je suis neutre et impartial, etc." Et il est inscrit en dessous : "Copie au D^r Untel." Comme ça, le patient sait que le médecin reçoit la lettre aussi. »

L'analyse des dossiers plus complexes, notamment ceux qui mettent en cause plusieurs intervenants, ne permet pas de dégager des procédures standardisées qui rendent compte de la façon dont la solution à un différend a été trouvée.

Il est important d'observer ici que, contrairement aux procédures en vigueur dans des formes plus traditionnelles de médiation (pénale, familiale, scolaire, etc.), la mise en place de séances de rencontres directes – lors desquelles patient, médecin et médiateur tenteraient de construire ensemble une solution – ne sont que très peu organisées en médiation « droits du patient ». Il ressort de cette quatrième phase que le contact tripartite se met en place indirectement. Le médiateur hospitalier travaille en effet beaucoup par e-mail, courrier et téléphone. Selon les médiateurs, ce constat est lié non seulement au contexte (les patients, lorsqu'ils portent plainte, ne sont généralement plus hospitalisés ; quant aux médecins, ils sont peu disponibles en raison d'un emploi du temps assez dense), mais aussi à la nature de la relation entre médecins et patients :

« On est dans des relations à très court terme. Ce n'est pas comme la médiation familiale, la médiation scolaire où les gens sont "obligés" quelque part de faire ensemble. Ici, un praticien peut refuser de soigner et un patient peut changer de praticien. Ce n'est plus comme avant : une relation sur le long terme, le médecin vous suivait toute la vie. On est de plus en plus dans une relation commerciale. »

C'est ce qui amène certains professionnels à relativiser leur appellation de médiateur au regard de leur fonction effective, qu'ils définissent plutôt comme administrative :

« Le rôle du médiateur hospitalier est plus de réceptionner un courrier de plainte, de le transmettre au prestataire, d'attendre une réponse et, si on a une réponse du prestataire, de la transmettre au patient. Donc, pour moi, c'est un travail administratif, on ne peut pas appeler ça de la médiation. »

Pour d'autres, ce travail est avant tout un travail humain :

« Dans tous mes échanges, j'essaie de sortir les gens de leurs rôles de médecin, de chef, et de les ramener au niveau humain de la relation interpersonnelle ; de développer un peu d'empathie et d'intérêt pour l'autre ; de se demander ce qu'ils feraient à leur place. »

« Ma mission, c'est aussi de mettre les gens face à la réalité, par exemple en disant aux médecins que les patients sont dans un état d'angoisse, ou en expliquant aux patients que les praticiens ont des vies professionnelles extrêmement remplies et stressantes. Alors, oui, effectivement, ça peut

arriver qu'ils aient un moment d'inattention quand ils sont de garde depuis quarante-huit heures. Ça reste des êtres humains. Mais les patients aussi. Je cherche simplement à échanger des réalités. »

Ces particularités de la fonction de médiateur « droits du patient » indiquent, à nouveau, la dimension « diagrammatique » de la loi du 22 août 2002, celle-ci constituant une « partition à construire » (Dubois et Orianne, 2012) par les médiateurs eux-mêmes, selon leurs contextes de travail et les situations problématiques qui leurs sont adressées.

Phase 5 : informer le patient de la décision prise par les autorités

« La fonction de médiation hospitalière devrait être mieux définie, ne fût-ce que par un cadre légal qui permettrait d'offrir certaines garanties aux fruits de la médiation, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui. Ce qui veut dire, en d'autres termes, que nous ne sommes pas des médiateurs agréés¹³ [...]. Dans le cadre de la médiation agréée, ça se finit par un accord signé par toutes les parties. Moi, je n'ai jamais eu d'accord signé, jamais ! Et comment pourrait-on obtenir un accord quand le patient veut des excuses, une reconnaissance ou un geste financier ? Il n'y a pas d'accord, seulement une proposition qu'on accepte ou pas. Mais rien de signé ou contresigné. »

Cet extrait d'entretien met en exergue une dernière particularité des processus de travail des médiateurs, laquelle distingue à nouveau la médiation en soins de santé des formes traditionnelles de médiation : celle du résultat du processus de médiation, lequel constitue une proposition et non un accord. Certains médiateurs rencontrés ont en effet souligné l'aspect non coercitif de leur travail :

« Il y a des médecins qui disent : "Je n'ai pas le temps : si elle veut avoir des explications, qu'elle vienne à la consultation." Mais le patient n'est pas d'accord avec cela, alors moi je retéléphone au médecin pour lui dire que c'est un droit du patient. Mais je ne peux rien imposer. C'est aussi quelque chose dont on pourrait débattre : la loi n'a aucun aspect coercitif. »

D'autres ont insisté sur le fait que la proposition d'accord – qui est souvent d'ordre financier – n'est pas de leur ressort ; qu'elle est transmise soit à la direction qui prend la décision seule, surtout dans les organisations verticales, soit à la commission des plaintes¹⁴ qui existe dans certains hôpitaux – souvent de configuration horizontale. Les médiateurs sont alors conviés à discuter du dossier dans ces commissions.

13. L'agrément des médiateurs est prévu par la loi du 21 février 2005. Il permet notamment de faire homologuer un accord de médiation par un juge de paix. Il acquiert alors force de jugement et devient obligatoire.

14. Plusieurs rapports annuels font état de l'existence de ces commissions, dès 2006. Cependant, le mode de fonctionnement de ces arènes et la place qu'y occupent les médiateurs varient et restent mal connus.

Il n'appartient donc pas au médiateur de prendre une décision sur l'issue du processus, mais d'informer le patient sur la décision prise par ses autorités et de lui indiquer les voies de recours si la proposition de médiation ne le satisfait pas.

Ces caractéristiques soulignent certaines similitudes qu'entretient la loi du 22 août 2002 avec divers dispositifs récents, mous et flexibles qui relèvent d'une « direction juridique non autoritaire des conduites » (Amselek, 1982, p. 287) et reposent sur une rationalité selon laquelle, « plutôt que de contraindre, il est préférable de convaincre par des moyens plus informels d'influence ou de persuasion » (Chevallier, 2004, p. 480). Le traitement des dossiers relatifs aux droits du patient inscrit par conséquent le travail des médiateurs dans un processus diagrammatique de l'action publique (Dubois et Oriane, 2012).

Conclusion

Lors de cet examen des processus de traitement des plaintes relatives aux droits du patient, nous nous sommes attachés en particulier à montrer en quoi le travail des médiateurs affectés à cette tâche diffère des pratiques plus traditionnelles de médiation et ceci, afin de faire ressortir l'écart existant entre la rhétorique sur la médiation et les pratiques effectives (Servais, 2016).

En effet, l'instauration de la fonction de médiation « droits du patient » est parfois présentée comme le symptôme d'une mutation du rapport à la norme qui aurait des répercussions sur la relation patient-médecin devenue plus symétrique (Volckrick, 2008). On observe toutefois que, dans les faits, les pratiques de médiation ne semblent pas vraiment traduire ce changement normatif ni même une culture du respect des droits du patient, mais semblent davantage répondre à des problèmes concrets auxquels l'organisation hospitalière et la transaction médicale doivent faire face : celle de la gestion des plaintes. On l'a vu, selon les configurations organisationnelles, les médiateurs peuvent rencontrer divers freins : absence de réponse à leurs courriers, solutions non approuvées, rétention d'informations, refus de rencontre, etc. Certains médiateurs peuvent en revanche mobiliser certaines ressources pour asseoir leur rôle, notamment une formation dans le champ médical, surtout dans les configurations horizontales.

Il est par conséquent possible d'esquisser analytiquement deux processus (idéaux-typiques) de traitement des plaintes par les médiateurs. Dans des configurations organisationnelles horizontales, leurs processus de travail s'apparentent à ceux d'un juge d'instruction qui recueille le point de vue du plaignant et de l'accusé. Dans les configurations verticales, ces processus se caractérisent davantage par la nature administrative, voire bureaucratique du travail des médiateurs. Ainsi que l'observe Mannozi (2015) en Italie, ce dernier type de traitement des plaintes semble davantage servir les intérêts de l'hôpital et de ses médecins que les droits du patient.

Enfin, ce compte rendu des processus de travail des médiateurs hospitaliers souligne l'ambiguïté qui permet aux médiateurs de donner du sens (Weick, 1995) à leur fonction, à leurs missions – politique et organisationnelle – et aux plaintes qu'ils traitent. Cette ambiguïté provient d'abord de la loi du 22 août 2002 qui crée en même temps qu'elle l'encadre – de façon minimaliste – un dispositif de médiation, dont la fonction première consiste à garantir effectivement aux patients le droit de déposer une plainte. L'existence même des médiateurs garantit en théorie l'effectivité du droit de plainte des patients ; il revient toutefois aux médiateurs d'inventer les modalités pratiques de traitement de ces plaintes. Cette ambiguïté revêt ensuite la forme d'un paradoxe né d'une part d'une volonté du législateur de ne pas rendre le travail des médiateurs procédurier: absence de procédures de travail, de descriptions de fonction, de recommandations de bonnes pratiques, etc., et d'autre part de diverses dispositions juridiques cadrant indirectement – et souvent *a posteriori* et par défaut – leur espace de travail : règles relatives à la confidentialité des dossiers médicaux¹⁵, à l'extinction du droit de plainte des patients décédés, à l'impossibilité d'homologuer un accord de médiation « droits du patient »¹⁶, à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers¹⁷. Il apparaît par conséquent que les droits du patient s'inscrivent au cœur d'une partition composite (Dubois et Dethier, 2016, p. 57), alliant dispositions juridiques et réglementaires de natures variées et divers processus de *sensemaking* au sein d'organisations hospitalières singulières.

15. Voir les recommandations de l'Ordre des médecins du 17 octobre 2005.

16. Voir la loi du 21 février 2005 définissant l'agrément des médiateurs.

17. Voir la Directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011, Chap 2, Art. 4, 2 c <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=celex%3A32011L0024>

Références bibliographiques

- Amselek P. (1982)**, « L'évolution générale de la technique juridique dans les sociétés occidentales », *Revue de droit public*, p. 275-294.
- Azoux-Bacrie L. (2003)**, « Un nouveau droit des malades : la médiation », *Médecine & Droit*, n° 62-63, septembre-décembre, p. 159-161.
- Batifoulier P., Domin J.-P. et Gadreau M. (2008)**, « Mutation du patient et construction d'un marché de la santé. L'expérience française », *Revue française de socio-économie*, vol. 1, n° 1, p. 27-46, [en ligne] https://www.cairn.info/zen.php?ID_ARTICLE=RFSE_001_0027.
- Boudier F., Bensebaa F. et Jablanczy A. (2012)**, « L'émergence du patient-expert : une perturbation innovante », *Innovations*, vol. 3, n° 39, p. 13-25, [en ligne] https://www.cairn.info/zen.php?ID_ARTICLE=INNO_039_0013
- Boudon R. (2003)**, *Raison, Bonnes raisons*, Paris, PUF, coll. « Philosopher en sciences sociales », 192 p.
- Cantelli F. (2011)**, « La plainte comme un droit ? Médiation, politiques publiques et droits des patients », *Quaderni*, n° 76, automne, p. 101-109, [en ligne] <https://quaderni.revues.org/137#text>.
- Chevallier J. (2004)**, « L'État régulateur », *Revue française d'administration publique*, vol. 3, n° 111, p. 473-482.
- Crozier M. et Friedberg E. (1977)**, *L'Acteur et le Système*, Paris, Seuil, coll. « Sociologie », 436 p.
- De Munck J. et Verhoeven M. (1997)**, *Les Mutations du rapport à la norme : un changement dans la modernité ?*, Bruxelles, De Boeck, 280 p.
- Derèse M.-N. (2013)**, *La Médiation dans les soins de santé : enjeux et perspectives*, Waterloo, Kluwer, 800 p.
- Derèse M.-N. (2013b)**, *La Médiation. Droits du patient dans le contexte hospitalier, enquête sur la situation et la pratique des médiateurs*, Rapport de recherche.
- Dubois C. et Orianne J.-F. (2012)**, « Les politiques publiques comme partitions à construire », *Gouvernement et action publique*, vol. 2, n° 2, p. 117-139, [en ligne] https://www.cairn.info/zen.php?ID_ARTICLE=GAP_122_0117.
- Dubois C. et Dethier B. (2016)**, « La politique de médiation scolaire en Belgique francophone. Quelles formes dans quels espaces ? », in Servais Ch., *La Médiation. Théorie et terrains*. Bruxelles, De Boeck, p. 37-60.
- Direction générale des soins de santé (2006)**, *Données légales minimales dans les rapports annuels 2006 des médiateurs « Droits du patient » dans les hôpitaux et dans les plates-formes de concertation en santé mentale*, Bruxelles, Service public fédéral de Santé publique (SPF).
- Fondation Roi Baudouin (2010)**, *Gestion des plaintes et médiation en soins de santé. Vers un nouveau système en Belgique*, Bruxelles, Fondation Roi Baudouin, avril, 71 p, [en ligne] http://www.prouv.net/uploadedFiles/KBS-FRB/05_Pictures_documents_and_external_sites/09_Publications/PUB_1983_GestionPlaintes.pdf

- Goffman E. (1991)**, *Les Cadres de l'expérience*, Paris, Les Éditions de Minuit, 576 p.
- Guillaume-Hofnung M. (2015)**, *La Médiation*, Paris, PUF, coll. « Que sais-je ? », 128 p.
- Homerin J., Bauvois C. et Mottet C. (2002)**, « La médiation en santé mentale : mise en place d'un cadre de travail et premiers résultats », *Ethica Clinica*, n° 27, p. 74-83.
- Jacob C. et Lévy C. (2007)**, *La Médiation et les conflits dans le secteur des soins de santé*, Waterloo, Kluwer.
- Kuty O. (2001)**, « L'intervention : système stratégique et communauté de projet sur l'espace public », in Vrancken D. et Kuty O., *La Sociologie et l'Intervention. Enjeux et perspectives*, Bruxelles, De Boeck, p. 131-165.
- Lebed M.R. et McCauley J.J. (2005)**, « Mediation within the health care industry: hurdles and opportunities », *Georgia State University Law Review*, vol. 21, n° 4, été, p. 911-929, [en ligne] <http://readingroom.law.gsu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2090&context=gsulr>.
- Lecœur-Boender M. (2007)**, « L'impact du droit relatif à la démocratie sanitaire sur le fonctionnement hospitalier », *Droit et Société*, vol. 3, n° 67, p. 631-647, [en ligne] https://www.cairn.info/zen.php?ID_ARTICLE=DRS_067_0631.
- Mannozi G. (2015)**, « Mediating Conflicts in the Medical Sector: General Considerations from the Italian Perspective », *Global Jurist*, 15, 1, p. 1-37.
- Mintzberg H. (1982)**, *Structures et dynamique des organisations*. Paris, Édition d'Organisation, coll. « Les références », 440 p.
- Nierkens V., Krumeich A., de Ridder R. et al. (2002)**, « The future of intercultural mediation in Belgium », *Patient Education and Counseling*, vol. 46, n° 4, p. 253-259.
- Parsons T. (1951)**, *The Social System*, New York, Free Press, 575 p. [en ligne] <https://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=uc1.b3968935;view=1up;seq=595>.
- Robson R. et Morrison G. (2003)**, « The final ADR frontier: conflict resolution in health care », *ACResolution*, n° 20, printemps, p. 20-21, [en ligne] <http://www.collaboration-specialists.com/pubs/Final%20Adr%20Frontier.pdf>.
- Servais Ch. (2016)**, *La Médiation : théorie et terrains*, Bruxelles, De Boeck.
- Vanormelingen P. (2008)**, « La médiation des plaintes en milieu hospitalier. Expérience de la médiation locale », in Schamps G., *Évolution des droits du patient, indemnisation sans faute des dommages liés aux soins de santé : le droit médical en mouvement*. Paris/Bruxelles, L.G.D.J. – Bruylant, p. 251-257.
- Volckrick E. (2008)**, « Médiation et santé : l'expérience belge », *Revue de prévention et de règlement des différends (RPRD)*, vol. 6, n° 1, p. 3-17.
- Weick K.E. (1995)**, *Sensemaking in Organizations*. Thousand Oaks, Sage.