



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

SERVICE DE MÉDIATION POUR LES PERSONNELS DES
ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ, SOCIAUX ET MÉDICO
SOCIAUX PUBLICS

Rapport au Ministre

Edouard COUTY

Médiateur national pour les personnels des établissements sanitaires sociaux
et médico-sociaux publics

SOMMAIRE

SYNTHESE

INTRODUCTION

I) LA MISE EN PLACE PROGRESSIVE D'UN RESEAU DE MEDIATEURS PROFESSIONNELS

1°- Une longue phase de préparation et de concertations

2°- La préfiguration du service de médiation

3°- Organisation et fonctionnement du service et du réseau des médiateurs

II) BILAN D'ACTIVITE 2018/2020

1°- Données chiffrées

2°- Typologie des médiations réalisées

3°- Analyses et commentaires

III) UN SERVICE ENCORE INSUFFISAMMENT CONNU ET SOLLICITE

1°- Difficultés de communication et d'information dans le contexte sanitaire 2020 et 2021

2°- Obstacles et résistances

3°- Légitimité et crédibilité à confirmer pour le bon usage de la médiation

IV) PERSPECTIVES ET PROPOSITIONS

1°- Mieux informer pour mieux faire connaître la médiation et son bon usage par les professionnels

2°- Les évolutions souhaitables dans les champs législatifs et réglementaires pour une vision globale de la médiation en santé.

3°- Analyser et perfectionner les pratiques de la médiation en santé

LISTE DES PROPOSITIONS

SYNTHESE

Le service de la médiation pour les conflits est de création récente. Conçu et préfiguré au cours des années 2017 et 2018, il a été créé par décret du 28 août 2019 instituant un médiateur national et des médiateurs régionaux ou interrégionaux au nombre de 10 pour les personnels des établissements publics de santé, sociaux ou médico-sociaux.

Ce service nouveau est encore insuffisamment connu et peu utilisé par les personnes ou institutions concernés. A la disposition des professionnels, des responsables d'établissement, des agences régionales de santé et des services ministériels, ce service est encore peu sollicité alors que la médiation est une méthode efficace de résolution des conflits hors action contentieuse.

Les médiateurs régionaux et leur instance de médiation de même que l'instance nationale de médiation ont été mis en place en 2020, ils sont désormais opérationnels. Au cours des années 2017/2020 le médiateur national a répondu à 218 saisines émanant principalement des praticiens concernés et dans une moindre mesure des ARS, des établissements ou du CNG. Les dossiers traités ont donné lieu à 100 interventions avec un taux de réussite de 95% et à 41 médiations formelles avec un taux de réussite de 75%. Les autres saisines ont été adressées aux médiateurs régionaux dès leur installation, ou n'ont pas été traitées du fait d'une saisine erronée, enfin 18 dossiers sont en cours de traitement.

Depuis leur mise en place effective les médiateurs régionaux ont reçu et traité 47 cas.

Au total, depuis le printemps 2017 le service a donc répondu à 265 saisines.

Des enseignements peuvent utilement être tirés des actions réalisées, interventions ou médiations formelles :

- 1 Il est nécessaire de mieux communiquer pour mieux faire connaître l'existence de la médiation pour les personnels et son bon usage.
- 2 Il paraît pertinent de prévoir une structure de médiation nationale incluant les trois catégories de médiations en établissements : médiation pour les patients, pour les personnels et pour les institutions. Une petite équipe nationale pourrait être mis en place et être composée d'un magistrat (des juridictions administratives, financières ou judiciaires), d'un directeur d'établissement (sanitaire ou médicosocial) et d'un praticien hospitalier (mono ou bi appartenant). Cette équipe aidée par l'instance nationale de médiation qui serait recomposée à cet effet aurait la responsabilité d'animer les différents réseaux de médiateurs, de les soutenir, de les conseiller et de les aider en cas de besoin, d'organiser des échanges entre eux, de veiller à la formation initiale et continue des médiateurs, au respect des bonnes pratiques par une démarche d'analyse des pratiques, de produire des

recommandations et de contribuer aux activités d'enseignement et de recherche dans le domaine des médiations en santé.

- 3 Dans les conflits les plus sévères et les plus lourds, l'accord de médiation pourrait faire l'objet d'une homologation par le juge compétent.
- 4 Les actions réalisées montrent que ces démarches sont très utiles et efficaces dans la gestion des sorties de crise. Cela devrait être pris en compte dans la gestion des conflits qui émergeront lors de la sortie de la crise sanitaire actuelle.
- 5 Pour ce qui concerne les personnels des établissements, les annonces des ministres devraient être suivies d'effets : une personne qui doit quitter un service ou un établissement du fait d'une maltraitance avérée part avec le financement de son poste. De même les services dans lesquels il est constaté des difficultés de même nature pour les internes et les stagiaires étudiants en santé devraient se voir retirer leur agrément à titre temporaire ou définitif.
- 5 Une réflexion devrait être engagée pour permettre une mobilité plus facile et plus rapide des professionnels lorsque celle-ci est souhaitée et nécessaire. Les statuts des praticiens et des autres catégories de personnel devraient mieux prendre en compte cet aspect. Dans le même registre la durée des suspensions d'activité devrait autant que possible être raccourcie par une accélération des procédures disciplinaires ou d'insuffisance professionnelle.
- 6 Les médiations régionales et la médiation nationale pourraient conseiller et soutenir les établissements pour la mise en place du dispositif local (interne ou inter établissement) de conciliation, étape nécessaire avant l'intervention éventuelle du médiateur.
- 7 Enfin les cas traités tant au niveau régional qu'au niveau national conduisent à insister sur la nécessité de mieux former tous les responsables encadrant des équipes (cadres, chefs de service, chefs de pôle...) et tous les directeurs (chefs d'établissement et directeurs adjoints) au management d'équipe, à la prévention des conflits, à la gestion des ressources humaines et surtout à l'importance de la qualité des relations humaines et au respect de l'autre au sein des équipes.

INTRODUCTION

La création d'une fonction de médiation nationale et d'un service de médiation pour les personnels des établissements hospitaliers et médico-sociaux publics figurait parmi les différentes mesures prévues par la stratégie pour l'amélioration de la qualité de vie au travail annoncée par la ministre, Madame Marisol Touraine le 5 décembre 2016.

Le médiateur national désigné a reçu, le 10 janvier 2017, une lettre de la ministre lui confiant la mission de proposer l'organisation d'un service de médiation pour les personnels des établissements sanitaires sociaux et médicosociaux. Les propositions remises en mars 2017 ont été validées par la ministre qui a demandé, par lettre en date du 24 avril 2017, au médiateur national de préparer avec les services du ministère les textes réglementaires créant ce service et de le mettre en place concrètement.

Le dispositif a fait l'objet, en 2017 et 2018, de concertations approfondies avec tous les acteurs des secteurs sanitaires sociaux et médico-sociaux publics. Il s'est mis en place progressivement en 2019/2020.

Parallèlement à ce travail de structuration les premières médiations dans des conflits impliquant des médecins hospitaliers ont été réalisées. Ces médiations ont traité de conflits ou de différends entre médecins ou entre médecins et gouvernance des établissements hospitaliers publics.

L'article 11 du décret n° 2019-897 du 28 août 2019 créant le dispositif, stipule notamment : « *Le médiateur national remet aux ministres chargés de la santé et des affaires sociales un rapport annuel retraçant l'activité de médiation sur le territoire national et formulant des propositions qui lui paraissent de nature à améliorer la qualité de vie au travail dans les établissements publics de santé sociaux et médico-sociaux.* ».

Le présent document constitue le premier rapport présenté depuis la création du service de médiation pour les personnels des établissements sanitaires sociaux et médico-sociaux publics. Il est établi sur la base des rapports synthétiques réalisés par les médiateurs régionaux ou interrégionaux et sur les dossiers traités par le médiateur national depuis sa nomination. Les données chiffrées présentées avec le premier bilan d'activité sont les données cumulées des années 2017 à 2020, complétées des cas traités au premier semestre 2021.

I) Une mise en place très progressive 2019/2021

I.1- Une longue phase de concertation avec l'ensemble des acteurs concernés.

Après l'annonce de la création d'un poste de médiateur national pour les conflits entre les personnels des établissements sanitaires sociaux et médico-sociaux et sa désignation en décembre 2016, la ministre Madame Marisol Touraine lui confie, par lettre du 10 janvier 2017, une double mission :

- Traiter, avec l'aide d'un comité des pairs à constituer, des cas complexes et délicats qui lui étaient signalés
- Concevoir et préparer la mise en place d'un service de médiation à disposition de tous les personnels des établissements concernés afin d'apaiser les conflits interpersonnels au sein de ces établissements

La lettre de mission précisait notamment : « *J'attache la plus grande importance à la mise en place rapide de cette nouvelle fonction de médiation nationale et à sa bonne organisation, c'est pourquoi je vous demande de me faire part du résultat de vos travaux pour le 30 mars au plus tard* ». Après une phase de consultation, d'auditions, de comparaisons avec d'autres services de médiation en Europe ou au-delà et avec des services de médiation existant en France dans d'autres secteurs, des propositions et recommandations pour l'organisation du service ont été soumises à la ministre dans un rapport remis le 23 mars 2017.

Dans une nouvelle lettre du 24 avril 2017 la ministre précisait : « *Dans l'attente de la publication du dispositif réglementaire créant la fonction de médiateur national je souhaite que vous poursuiviez votre mission sur la base des recommandations que vous m'avez exprimées* ».

Cette mission a été confirmée et amplifiée à l'été 2017 par la ministre des solidarités et de la santé Madame Agnès Buzyn. Par lettre du 3 août 2017, celle-ci demande au médiateur national d'accompagner ses services pour finaliser le dispositif règlementaire en poursuivant les médiations sur des dossiers individuels, la nouvelle lettre de mission indiquait notamment :

« Je souhaite que vous poursuiviez votre mission en vous attachant tout particulièrement à la finalisation du dispositif règlementaire créant les fonctions de médiateur national et régional et sa mise en œuvre opérationnelle ».

Outre le traitement de cas complexes transmis par le cabinet de la ministre, l'année 2017 a permis de réaliser une première phase de concertation avec les partenaires sociaux et institutionnels sur la définition des contours d'un service de médiation pour les personnels des établissements sanitaires sociaux et médico-sociaux publics. Sur cette base un premier projet de décret a été établi avec les services de la direction générale de l'offre de soin (DGOS) à la fin de l'année 2017. Au cours de l'année 2018 et du premier semestre 2019 ce projet a

fait l'objet de concertations organisées et conduites par la DGOS avec le médiateur national, le projet initial a été amendé et adapté à plusieurs reprises. Le dispositif a été présenté aux différents stades de son évolution à tous les acteurs des secteurs sanitaires sociaux et médico-sociaux et à trois reprises à la réunion plénière des directeurs généraux d'ARS. Outre les concertations avec les délégations des partenaires sociaux ou des représentants institutionnels des établissements, des présentations ont été faites devant les différentes conférences (doyens, présidents de CME, directeurs d'établissements...) Après une concertation interministérielle pilotée par la DGOS, le projet a été présenté par l'administration aux organismes consultatifs constitués :

- Conseil supérieur des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques le 8 novembre 2018
- Conseil supérieurs de la fonction publique hospitalière le 9 novembre 2018

Ces deux instances ont émis des avis favorables à une très large majorité.

- Comité consultatif national des normes 11 juillet 2019
- Conseils départementaux ou territoriaux des départements ou collectivités d'outre-mer entre mai 2019 et juillet 2019.

Le décret simple du 28 août 2019 instituant un médiateur national et des médiateurs régionaux ou interrégionaux pour les personnels des établissements publics de santé sociaux et médicosociaux publics a finalement été publié au journal officiel du 30 août 2019.

Un arrêté du 30 août 2019 publié au journal officiel du 5 septembre 2019 approuve la charte de la médiation pour ces personnels. Cette charte précise notamment les règles garantes de la qualité de médiateur acquise par une formation diplômante, celles garantes du bon déroulement de la médiation et les obligations éthiques et déontologiques respectées par les médiateurs.

Le médiateur national a été nommé par arrêté ministériel du 10 septembre 2019.

1.2- La préfiguration du futur service de médiation.

Dès la fin 2018 le ministère de la santé (DGOS) a créé un poste de praticien hospitalier à plein temps pour travailler avec le médiateur national. L'échelon national est donc composé depuis 2019 de deux médiateurs diplômés : Edouard Couty ancien magistrat de la Cour des Comptes médiateur national et le docteur Claudine Chrétien praticien hospitalier à plein temps. Le support logistique de l'échelon national est assuré par la direction générale de l'offre de soins (DGOS) dans d'excellentes conditions. Ce dispositif a permis de recevoir, d'instruire, de traiter les dossiers confiés au médiateur national, de réaliser les interventions et les médiations et dans le même temps de préfigurer le service et d'organiser en lien avec l'EHESP la formation des futurs médiateurs.

Pendant le déroulement des concertations et en cohérence avec celles-ci, la préfiguration du futur service a été conduite avec le souci :

- D'assurer le fonctionnement du service par un financement pérenne et spécifique garantissant l'indépendance de la médiation. Un financement de 2,5 millions d'euros a été arbitré et voté en loi de finance pour 2018. Ce financement qui est reconduit chaque année permet de financer le fonctionnement des médiations régionales et de la médiation nationale. Les crédits sont délégués aux agences régionales de santé support pour leur permettre de financer spécifiquement les frais de secrétariat, de locaux (bureau, salle de réunion), d'équipement de bureautique, les vacations, les frais de déplacement et les formations pour le bon fonctionnement des médiations régionales.
- De préparer et de concerter avec les partenaires sociaux et les responsables institutionnels la charte nationale de la médiation prévue par l'article 11 du décret du 28 août 2019. Cette charte a été approuvée par la ministre et publiée en annexe à l'arrêté du 30 août 2019 publié au journal officiel du 5 septembre 2019. Elle constitue un guide et fixe les principes déontologiques pour l'action des médiateurs, elle énumère les principes fondamentaux garantis par les médiateurs aux médiés : indépendance, neutralité, impartialité, équité et confidentialité.
- De préparer la nomination par la ministre des futurs médiateurs régionaux. Un appel à candidatures a été publié en septembre 2019 avec un profil de poste préfigurant les missions et les responsabilités des médiateurs. Après examen des candidatures, et sur proposition du médiateur national la ministre a nommé les médiateurs régionaux ou interrégionaux en novembre 2019.
- De s'assurer de la bonne mise en œuvre des dispositions réglementaires et de la constitution des instances régionales et nationale. Les membres de l'instance nationale ont été nommés par la ministre le 24 février 2020. Les membres des instances régionales ont été nommés par les DGARS supports, sur proposition des médiateurs régionaux. Sauf exception, ces nominations sont intervenues au cours du premier trimestre 2020.
- De préparer les conventions réglant les relations entre les médiateurs et les ARS notamment la prise en charge par les ARS sur le budget dédié des frais de fonctionnement ont été signées en 2020, certaines assez tardivement en toute fin d'année 2020. Deux instructions ministérielles spécifiques précisant les modalités d'une convention type ont été nécessaires pour la mise en œuvre des dispositions contenues dans le décret d'août 2019.

- De préparer et de concerter un règlement intérieur type pour le fonctionnement du service de médiation (échelons national et régionaux). Ce règlement intérieur a été signé par le médiateur national le 6 février 2020 puis notifié aux médiateurs régionaux.
- De préparer la formation des futurs médiateurs. En liaison avec les services de la DGOS et sur la base des programmes existants, proposés par différentes universités ou écoles, un programme adapté à la formation des médiateurs pour les personnels hospitaliers et des établissements sociaux ou médico-sociaux a été élaboré. La formation, financée par le budget attribué à la médiation, a été confiée par le ministère de la santé à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) qui a conclu à cet effet un partenariat avec l'institut de formation en médiation et négociation (IFOMENE). Après une première promotion de 25 médiateurs formés en 2019, cette formation figure désormais dans l'offre de formation diplômante de l'EHESP, elle peut être suivie au titre de la formation continue et permet d'obtenir un diplôme de médiateur, certificat d'établissement délivré par l'EHESP. Le médiateur national, les médiateurs régionaux et une grande partie des membres des instances nationale ou régionales de médiation sont titulaires de ce diplôme. Pour les membres des instances régionales non encore diplômés, des formations courtes de sensibilisation ont été organisées avec le concours de l'EHESP.

Conformément aux dispositions règlementaires, les médiations ou les interventions, tant au niveau régional ou inter-régional qu'au niveau national, sont effectuées par des médiateurs diplômés. Cette exigence est essentielle, elle permet de garantir le respect des règles et procédures de la médiation de même que le respect du code de déontologie de la médiation joint à la charte de médiation pour les établissements sanitaires et médico-sociaux publics.

La réalisation de médiations dans le respect absolu des principes d'indépendance, de neutralité, d'impartialité, d'équité et de confidentialité constitue, lors de la mise en place du dispositif un élément majeur de légitimité et de crédibilité pour un service nouveau encore peu connu des personnels et des institutions concernées.

I.3- Organisation et fonctionnement de la médiation et du réseau des médiateurs.

Pour l'organisation générale du dispositif, le parti a été délibérément pris de permettre la médiation par un tiers extérieur, neutre et indépendant situé au niveau régional après que le dispositif de conciliation local ait été mobilisé et n'ait pas abouti. Les établissements doivent donc organiser et structurer un dispositif local de première intention pour tenter de régler les différends ou les conflits opposant les personnels entre eux ou à l'institution. Ce dispositif peut être interne ou inter établissement. Il doit être adapté au contexte et à l'environnement : taille de l'établissement, nombre d'agents, missions ou spécialisation de l'établissement, secteur social ou sanitaire etc... Pour les praticiens hospitaliers les commissions régionales

paritaires (CRP), présidées par le DGARS et composées de représentants des établissements employeurs et de ceux des organisations représentatives des praticiens peuvent connaître de ce type de conflit. Lorsqu'elles ont été mises en place et lorsqu'elles fonctionnent régulièrement ces commissions doivent être considérées comme un dispositif local.

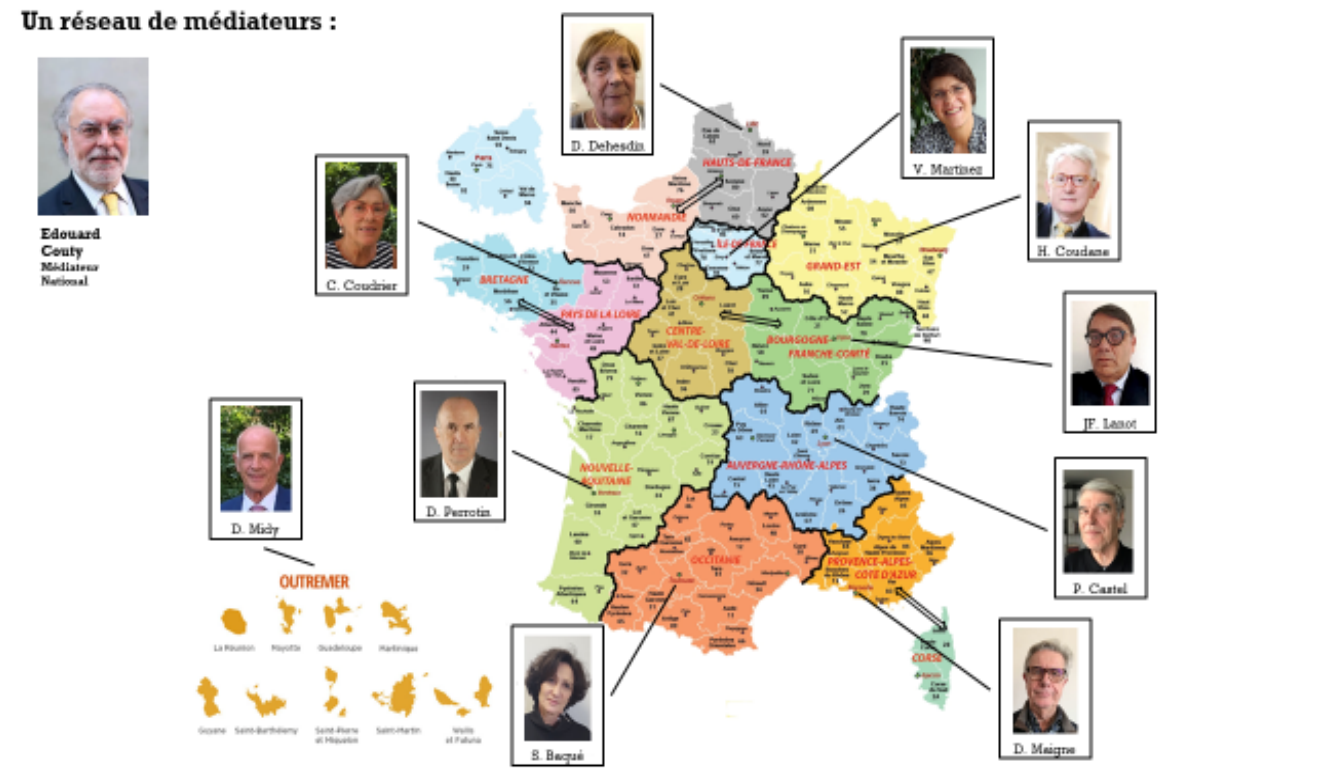
Le médiateur régional est saisi en seconde intention lorsque le dispositif local n'a pas permis de régler le conflit.

L'option choisie permet aux établissements d'intégrer dans leur programme de gestion des risques psycho sociaux et de prévention des conflits une démarche de traitement et de résolution de ces conflits. Outre sa valeur pédagogique, cette démarche vient compléter une stratégie plus globale d'amélioration de la qualité de vie au travail, d'attractivité pour les professionnels et au-delà de qualité des soins.

Le service de médiation comporte deux échelons (national et régional) et 11 médiateurs qui forment un réseau :

- 9 médiateurs régionaux ou interrégionaux pour le territoire métropolitain
- 1 médiateur pour les départements et collectivités d'outre-mer
- 1 médiateur national

Un réseau de médiateurs :



Chaque médiateur préside une instance de médiation composée, à parité, de six personnes pour les outre-mer et de dix personnes pour la métropole et l'échelon national.

Le ministre chargé de la santé nomme le médiateur national et sur sa proposition les 10 médiateurs régionaux ou interrégionaux ainsi que les dix membres de l'instance nationale. Les membres des instances régionales ou interrégionales sont nommés par le directeur général de l'ARS support sur proposition du médiateur régional ou interrégional.

Le médiateur régional ou interrégional est saisi par voie électronique.

Le médiateur régional peut être saisi par l'une des parties concernées, par la gouvernance de l'établissement directeur, président de CME ou doyen, le directeur général de l'ARS ou le directeur général du centre national de gestion (CNG) pour les catégories gérées par ce centre ou par le préfet de département où se situe l'établissement concerné (article 6 du décret du 28 août 2019). La médiation régionale doit accuser réception de la demande dans les huit jours et traiter le dossier dans les trois mois à compter de l'accord des parties. Avant d'accepter la médiation le médiateur s'assure que le dispositif local a bien été mobilisé, il s'assure également de l'accord formel des parties concernées pour entrer dans le processus de médiation.

Les médiés sont informés des principes garantis par le médiateur (indépendance, neutralité, confidentialité impartialité et équité), de la possibilité qu'ils ont de récuser un médiateur et du déroulement du processus de médiation.

La médiation ne comporte pas de contradictoire, ni de rapport de médiation, c'est une démarche qui consiste, pour les parties qui l'ont acceptée, à rechercher ensemble et avec l'aide du médiateur, tiers extérieur, indépendant et neutre une solution amiable au conflit qui les oppose. Il n'y a évidemment aucune obligation de résultat et il peut être mis fin à tout moment à ce processus par décision du médiateur ou de l'un ou l'autre des médiés.

Lorsque la médiation aboutit elle fait l'objet d'un accord de médiation. Ce contrat acte les modalités de résolution du conflit qui ont recueilli l'accord des parties. Il est signé par les parties qui s'engagent à mettre en œuvre leur accord et par le médiateur. Une évaluation de cette mise en œuvre et de l'évolution de la situation est prévue selon une échéance définie par les parties, elle est réalisée sous l'égide du médiateur.

Le médiateur national est saisi par écrit ou par voie électronique.

Il peut être saisi par les ministres chargés de la santé et des affaires sociales, par le médiateur régional lorsque sa médiation n'a pas abouti ou par le directeur général du CNG (art.10 du décret). Outre la remise au ministre d'un rapport annuel retraçant le bilan d'activité, les difficultés rencontrées et les propositions pour l'amélioration des médiations et plus largement de la qualité de vie au travail, le médiateur national anime le réseau des médiateurs régionaux et interrégionaux.

A cet effet une réunion mensuelle du réseau a été instituée, les membres de l'instance nationale sont régulièrement conviés à cette réunion qui a pour objet d'échanger sur les difficultés éventuelles rencontrées pour le fonctionnement de l'échelon régional, sur les pratiques et sur les médiations effectuées, sur les actions d'information et de communication réalisées dans la région ou l'inter région, sur les soutiens ou les aides apportées entre régions etc... Après plus d'un an de fonctionnement le réseau est désormais bien constitué, les échanges toujours constructifs ont permis de créer une grande solidarité entre les régions, une articulation fluide avec l'instance nationale et une vision commune des pratiques fondées sur des valeurs partagées par tous.

Les obligations éthiques et déontologiques du médiateur sont fixées par l'article 8 de la charte, et constituent les garanties dues aux personnes médiées :

- La neutralité
- L'indépendance
- La confidentialité
- L'impartialité
- L'équité

S'il doit écouter de manière attentive la position de chacune des parties et veiller à ce que celle-ci soit complètement exprimée, le médiateur ne formule pas de propositions pour essayer de régler le conflit c'est d'ailleurs ce qui le différencie du conciliateur, il n'agit pas comme le conseil de l'une ou l'autre des parties. Cette neutralité est essentielle au bon déroulé de la médiation.

Le médiateur ne doit pas avoir de liens hiérarchiques, fonctionnels, économiques ou personnels avec l'une ou l'autre des parties ou avec les administrations de gestion ou de tutelle. Si ce lien existe il doit se déporter, la médiation est alors confiée à un autre médiateur. Pour les médiateurs du réseau l'absence de liens doit être effective depuis au moins cinq ans pour que la médiation soit possible. Cette indépendance du médiateur est également un élément essentiel pour une médiation acceptée et reconnue, les médiateurs du réseau sont particulièrement vigilants sur ce point.

La confidentialité couvre très rigoureusement tout ce qui est dit au médiateur dans les entretiens en aparté préparatoires à la médiation. De même les médiés peuvent demander que l'accord de médiation qu'ils ont conclu avec l'aide du médiateur reste confidentiel. Dans le secteur couvert par le service de médiation cela est exceptionnel mais possible. C'est pourquoi le médiateur ne rédige pas de rapport de médiation et que ce processus n'est pas soumis au contradictoire. La garantie de confidentialité des informations confiées au médiateur est tout aussi essentielle pour que chacune des parties puisse s'exprimer librement et sans crainte.

L'impartialité du médiateur est évidemment requise. Si elle était mise en cause par l'une des parties cela pourrait justifier une récusation et la désignation d'un autre médiateur.

Enfin le médiateur doit conduire sa médiation avec équité en veillant à la bonne écoute de chacune des parties, à la bonne expression des points de vue, à l'égalité du temps de parole, au respect de chaque partie.

Le décret du 28 août et la Charte de la médiation précisent ces dispositions et les principes auxquels la médiation est soumise et qui constituent le fondement de sa légitimité et de sa crédibilité.

C'est également sur ces bases que le médiateur peut construire progressivement la relation de confiance qui doit s'installer entre chacun des médiés et lui pour que la médiation puisse aboutir. Le réseau des médiateurs produit une réflexion collective constante sur ces aspects. Chaque médiation réalisée permet de progresser et le processus d'analyse des pratiques qui doit être engagé à l'automne 2021 avec l'accompagnement de l'EHESP doit conforter cette dynamique.

Enfin il est essentiel de préciser le périmètre de la médiation et les conflits qui sont exclus de son champ de compétence. L'article 2 du décret du 28 août 2019 l'indique très clairement, **sont exclus du champ de la médiation** : « ...*les conflits sociaux, les différends relevant des instances représentatives du personnel ou faisant l'objet d'une saisine du Défenseur des droits ou d'une procédure disciplinaire et les différends relatifs à des décisions prises après avis d'un comité médical ou d'une commission de réforme.* ».

En outre, si une médiation peut être envisagée lorsque des contentieux administratifs ou ordinaires sont engagés, il n'est pas possible de procéder à une médiation lorsqu'une action pénale est en cours. Dans ce cas le médiateur, informé par tous moyens (parties concernées, établissements, ARS, administrations centrales ou parquet) doit refuser la médiation.

II) Bilan d'activité

L'intervention du service de médiation peut se réaliser de deux manières. Il peut s'agir soit d'une intervention simple auprès de différents organismes, institutions ou personnes dans la perspective d'accompagner le demandeur et de lui permettre de trouver une issue à une situation complexe au plan administratif, relationnel, organisationnel ou autre, soit d'une médiation proprement dite engagée selon les règles indiquées ci-dessus.

II.1 Données chiffrées

Dans la période considérée, 218 dossiers (dont 8 au premier semestre 2021) impliquant principalement des médecins ont été pris en charge par le médiateur national.

Ils ont donné lieu à 100 interventions dont 95 ont abouti à une résolution des difficultés de tous ordres rencontrées par le demandeur.

41 médiations formelles (dont une médiation judiciaire) ont été réalisées, 31 ont abouti à la signature d'un accord contractuel de médiation,

8 propositions de médiation ont été refusées par l'une ou l'autre des parties concernées, gouvernance (6) ou praticien (2).

14 saisines n'ont pas été suivies d'effet du fait des demandeurs qui n'ont pas donné suite.

29 saisines qui n'entraient pas dans le champ de compétence du médiateur ou qui ne réunissaient pas les conditions justifiant une intervention ou une médiation n'ont pas été traitées.

8 dossiers ont été redirigés vers le médiateur régional compétent récemment installé.

18 sont encore en cours de traitement soit en région soit au niveau national.

Les interventions ont connu un taux de réussite de 95% : un bon aboutissement de la démarche et la résolution du problème rencontré.

Les médiations formelles ont connu un taux de réussite de 75% : la signature d'un accord de médiation. Les accords de médiation sont signés par les parties et par le médiateur, ils prévoient systématiquement une évaluation à un terme défini d'un commun accord.

Ces chiffres montrent, s'il en est besoin la pertinence de ce mode alternatif de règlement des conflits par un tiers extérieur neutre et indépendant.

Répartition par régions et par type d'établissements (CHU et CH) et par catégories de praticiens, des dossiers pris en charge par le médiateur national :

Régions ou inter régions	Nombre de dossiers pris en charge	Dont dossiers en CHU	Dont dossiers en CH	Praticiens impliqués
Ile de France	54	22	32	9 HU et 36 PH
Auvergne Rhône Alpes	30	23	7	15 HU et 12 PH
Hauts de France Normandie	24	13	11	8 HU et 12 PH
Grand Est	20	16	4	8 PH et 11 internes
Provence Cote d'Azur. Corse	18	12	6	6 HU et 10 PH
Bretagne Pays de Loire	18	5	13	3 HU et 13 PH
Bourgogne Franche Comté.	16	9	7	10 PH et 6 HU

Centre Val de Loire				
Nouvelle Aquitaine	9	4	5	2 HU et 6 PH
Occitanie	9	7	2	4 HU et 5 Ph
Outre-Mer	20	11	9	8 HU et 12 PH

Au total parmi les 218 dossiers pris en charge, 122 concernent des CHU, 96 concernent des CH. Ont été concernés par ces prises en charge, outre les gouvernances, 56 praticiens hospitalo-universitaires, 130 praticiens hospitaliers et 17 internes.

Répartition par sexe et par tranche d'âge :

Cette répartition est équilibrée. Les dossiers pris en charge ont concerné 106 femmes (49%) et 112 hommes (51%).

C'est dans la tranche d'âge des 50-60 ans que l'on trouve le plus grand nombre de médiations, donc de conflits parfois installés depuis plusieurs années.

Tranche d'âge	20-30 ans	30-40 ans	40-50 ans	50-60 ans	+ de 60 ans
Nombre de cas en valeur absolue et relative	10 5%	12 6%	41 19%	114 51%	41 19%

Origine de la saisine :

<u>saisine</u>	directe	association	Ministère santé	Ministère Ens. supérieur	CNG	ARS	Gouvernance établissement	Judiciaire : Tribunal administratif
<u>nombre</u>	133 (4 avec syndicat, 5 avec médecin du travail, 3 avec avocat, 1 avec conciliateur Interne)	35	15	3	22	2	5	1

A ces 218 dossiers traités directement par le médiateur national il convient d'ajouter les dossiers résultants d'une saisine des médiateurs régionaux progressivement opérationnels au deuxième semestre 2020.

Ces dossiers sont au nombre de 47 pour l'ensemble des régions et inter régions, les impératifs d'anonymisation des dossiers traités ne permettent pas d'analyser plus finement ces cas peu nombreux. Lorsque l'activité des médiateurs régionaux ou interrégionaux aura atteint son rythme normal sur une année complète, les analyses et commentaires qui viennent d'être faits pour le niveau national seront produits, ce devrait être logiquement le cas dans le prochain rapport établi pour l'année 2021.

Régions ou inter régions	Nombre de dossiers reçus et traités directement
Ile de France	11
Auvergne Rhône Alpes	3
Hauts de France Normandie	5
Grand Est	1
Provence Cote d'Azur. Corse	2
Bretagne. Pays de Loire	7
Bourgogne Franche Comté. Centre Val de Loire	8
Nouvelle Aquitaine	0
Occitanie	8
Outre- mer	2 plus une co-médiation avec une autre région

C'est donc un total de 265 saisines qui ont été prises en charge par le médiateur national et les médiateurs régionaux.

Malgré un déficit important d'information et de communication, la majorité des saisines du médiateur sont le fait des personnes concernées, en difficulté ou enfermées dans des conflits qui n'ont pas été réglés localement. Ces personnes sont parfois conseillées par leur organisation syndicale, un avocat ou le service de médecine du travail.

Quelques saisines ont été faite par le Centre National de Gestion (CNG) principalement pour permettre une réinsertion dans le service après une sanction disciplinaire ou une suspension d'activité.

Les saisines par les établissements ou les ARS sont beaucoup moins nombreuses.

Cela semble montrer une profonde méconnaissance du processus de médiation et de son intérêt pour l'accompagnement et la résolution de situations difficiles et complexes ou la résolution de conflits inter personnels.

II.3 Analyses et commentaires

La diversité des conflits traités entre l'été 2017 et fin 2020 permet de tirer quelques constats et de distinguer quatre situations conflictuelles fréquemment rencontrées.

II.3.1 Les conflits anciens et installés.

Nombre de dossiers traités dans les premières années d'exercice sont des conflits anciens, installés depuis plus de cinq ans, dix ans pour certains. Dans tous ces cas, le conflit à son origine a été négligé et les responsables ont estimé, à tort, que le temps et le silence règleraient ces différends. Ces conflits ont généré des dysfonctionnements sur divers plans :

- . Ils ont eu des effets délétères sur la qualité et la sécurité des soins,
- . Les conditions de travail ont été détériorées, le conflit initial génère de nouveaux conflits.
- . Les clivages importants et profonds que ces conflits ont souvent créés ont altéré durablement la qualité des relations humaines dans les équipes.

Dans un tel contexte il faut constater que la médiation est très délicate et a peu de chance d'aboutir.

Ces conflits peuvent impliquer deux personnes, plusieurs personnes ou une équipe médicale et un responsable.

Ce constat permet d'affirmer qu'il est essentiel d'organiser dans les établissements ou groupes d'établissements des dispositifs efficaces de veille afin de détecter au plus tôt l'émergence de conflits, de les prendre en compte et de tenter de les traiter. L'expérience montre que les médiations qui sont engagées sur des conflits récents réussissent plus facilement et que les accords conclus sont durables.

II.3.2 Les conflits opposant un groupe de médecins ou la commission médicale et l'administration et les conflits institutionnels opposant des instances de la gouvernance.

Par principe ces conflits ne concernent pas le service de médiation tel qu'il existe. Le médiateur a cependant souvent été appelé pour tenter un règlement amiable entre responsables directeur/président de CME ou élus/ gouvernance de l'établissement ou différentes instances (CTE ou CHSCT et direction ou CME). Ces saisines directes n'ont pas été traitées dans le cadre d'une médiation formelle à l'exception de l'une d'elle pour une intervention à la demande du directeur général de l'ARS. Les deux médiateurs délégués ont réussi en quelques jours à rétablir un climat de confiance qui a permis aux instances de fonctionner à nouveau normalement.

Ce constat incite à proposer pour le traitement de ces dossiers une médiation adaptée dans le cadre du service de médiation.

II.3.3 Les conflits ayant entraîné une suspension du praticien.

Le médiateur a été saisi, à plusieurs reprises, de conflits qui ont conduit le chef d'établissement à suspendre un praticien hospitalier au titre des dispositions de l'article L 6143-7 du CSP. Ces saisines ont été le fait des praticiens concernés ou du Centre National de Gestion.

. Les décisions de suspension font fréquemment l'objet de recours en référé pour annulation ; certaines, insuffisamment motivées sont annulées par le juge administratif et conduisent à une nouvelle décision elle-même attaquée à nouveau devant la juridiction administrative compétente.

. Les décisions de suspension sont en général suivies d'une enquête réalisée par l'ARS territorialement compétente à la demande du Centre National de Gestion. A l'issue de cette enquête le CNG décide, si nécessaire, de traduire le praticien concerné devant le conseil de discipline ou engage une procédure d'insuffisance professionnelle s'il y a lieu ou, lorsqu'il estime que les conditions ne sont pas réunies, demande au chef d'établissement de réintégrer le praticien.

. En cas de sanction disciplinaire, si celle-ci ne conduit pas à un départ définitif (révocation ou mise à la retraite d'office...), le praticien est réintégré dans l'établissement et le service au terme de sa sanction. De nouvelles difficultés ou de nouveaux conflits peuvent naître au moment de la réintégration : refus de l'équipe médicale ou mauvais accueil du confrère réintégré, volonté affichée de « régler ses comptes » de celui qui est réintégré. Ces difficultés sont aggravées par le fait que le praticien réintégré, suspendu depuis plusieurs mois, n'a plus pratiqué depuis longtemps et cela exige un temps de reformation souvent mal perçu par l'intéressé et par ses confrères. En outre le praticien réintégré est souvent dans une situation psychologique très délicate et sa réintégration justifierait un accompagnement adapté.

. Au final, il faut constater que la durée de la suspension est toujours trop longue et que plus celle-ci est prolongée plus les difficultés au moment de la réintégration sont importantes qu'il y ait sanction ou non.

II.3.4 Les conflits nés d'un arbitrage entre deux projets, deux options d'organisation ou deux personnes.

Le traitement des conflits de ce type montre que le fait générateur est souvent le caractère insupportable de la décision pour celui qui est présenté comme le perdant face à l'autre partie considérée comme gagnante. La construction de cette relation gagnant/perdant est conflictuelle alors même que la décision prise pourrait être souvent acceptable par toutes les parties concernées.

Ce constat conduit à mettre l'accent sur la gestion du processus de l'arbitrage au stade de la préparation, de l'annonce et du suivi de la décision. Dans le cas d'un arbitrage délicat

susceptible de générer un conflit entre des personnes directement concernées, la phase de préparation est importante pour documenter au mieux les différentes facettes, y compris les aspects humains, du dossier. L'annonce de la décision est également importante, elle devrait se faire de telle manière que la réduction fréquente à une relation perdant/gagnant soit évitée. Enfin le suivi de la bonne application de la décision dans le temps doit permettre de détecter et de traiter précocement un conflit éventuel et de le traiter.

Les décisions prises par arbitrage entre deux personnes ou deux projets, si elles sont mal préparées, mal annoncées et pas suivies dans leur mise en œuvre, sont génératrices de conflits, parfois violents, porteuses de contentieux et finalement de dysfonctionnements.

Au final, le traitement des dossiers et le taux de réussite montrent que la médiation est un excellent outil de règlement amiable des conflits même lorsqu'ils sont complexes, qu'ils impliquent plusieurs personnes et qu'ils sont sévères. De ce fait la médiation est un outil simple, pratique et efficace à intégrer dans la panoplie des outils utilisés pour le maintien de la qualité des relations humaines et pour l'amélioration de la qualité de vie au travail dans une structure un service ou une institution.

III) Un nouveau service encore insuffisamment connu et sollicité

La médiation constitue pour les établissements et les personnels un outil efficace pour une gestion apaisée et sereine des conflits. Son bon usage a également une incidence sur la démarche essentielle de prévention.

Ce dispositif très récent dans ce secteur professionnel est encore mal connu et peu utilisé.

Dans les secteurs sanitaires et médico-sociaux l'intervention d'un tiers extérieur neutre et indépendant qui conduit une démarche structurée n'est pas habituelle dans le champ des conflits entre personnes ou entre personnes et institution. La démarche peut être perçue comme une ingérence dans la gestion interne des ressources humaines. Les responsables peuvent parfois considérer le médiateur comme un inspecteur venu juger de leur organisation et de leur gestion alors que par définition le médiateur n'est ni un procureur ni un contrôleur. Cette vision erronée peut conduire à un refus d'entrer dans la médiation au motif que la question soulevée ne justifie pas l'intervention d'un médiateur ou plus souvent générer une attitude de défiance à priori à l'égard de la médiation parfois difficile à surmonter. Quel que soit le contexte il est très important d'expliquer en quoi consiste la médiation de veiller à bien identifier les parties concernées et la nature du conflit et de transformer progressivement la défiance en une relation de confiance par l'écoute active et le respect des principes fondamentaux.

Dans les relations avec les administrations de tutelle, des malentendus ou des incompréhensions peuvent naître du fait de l'affirmation nécessaire de l'indépendance et de la neutralité du médiateur alors que ce dernier est situé dans les locaux et bénéficie du soutien logistique de cette administration sans être sous son autorité. Ces malentendus peuvent générer des dysfonctionnements perturbants, ils peuvent être levés par l'institution d'un dialogue régulier et d'une pédagogie adaptée avec les responsables de ces administrations.

Pour les personnels, qui souhaiteraient solliciter l'intervention du médiateur la crainte de retombées négatives voire de « représailles » susceptibles d'intervenir après la saisine ou la venue du médiateur constitue un blocage qui empêche une médiation ou une intervention éventuelle et le règlement apaisé du conflit. Ce constat a été fait notamment dans des situations difficiles rencontrées par des internes ou des personnels enfermés dans un système hiérarchique très contraignant. Ces situations parfois rencontrées ont dû être traitées hors médiation formelle et avec la plus grande prudence.

Ces constats montrent que la médiation doit être expliquée, que la posture du médiateur est absolument neutre et que son rôle ne consiste qu'à écouter et à aider au règlement non contentieux du conflit dans le respect de la confidentialité. A l'inverse de l'arbitrage ou du jugement au contentieux qui créent toujours une relation gagnant-perdant, la médiation réussie, tout comme une négociation réussie, crée une relation gagnant-gagnant. Cette relation peut donc s'inscrire dans le cadre de l'intérêt même de l'établissement.

La littérature sur ces thèmes montre sans équivoque que la persistance de conflits latents ou mal réglés a de fortes retombées sur le fonctionnement du service et dans les secteurs sanitaire, social ou médico-social des conséquences directes sur la qualité des soins et des prises en charge des personnes fragiles, dépendantes ou atteintes de handicap. Ces conflits ont en outre des effets délétères sur la qualité de vie au travail et sur le volume des arrêts de travail de courte durée. Ils participent de l'augmentation des risques psychosociaux et de la souffrance au travail. Les différents acteurs, à tous les niveaux ont donc intérêts à bien connaître et à bien utiliser la médiation qui est mise gratuitement à leur service et qui peut se dérouler rapidement.

Alors que pendant la crise sanitaire de nombreux conflits ont été volontairement mis de côté pour répondre à l'urgence et faire face aux difficultés quotidiennes avec une solidarité et une capacité d'adaptation exceptionnelles, le retour à la situation normale, hors crise aiguë, va voir réapparaître de nombreuses situations conflictuelles, des cas d'épuisement professionnel générateurs d'incompréhension et de conflits au sein des équipes.

Dans un tel contexte la médiation sera probablement sollicitée pour éviter une aggravation néfaste de ces situations. Il est important que les responsables à tous niveaux connaissent l'existence de ce mode alternatif de règlement des conflits et la capacité d'un tel outil à apaiser des situations de forte tension.

Pour cela un effort de communication et d'information sur la médiation, ses principes, sa déontologie, son fonctionnement, son périmètre et son utilité doit être engagé.

IV) Difficultés rencontrées, perspectives et propositions

IV 1 Difficultés rencontrées :

Les délais parfois très importants pour la signature des conventions permettant le fonctionnement de la médiation régionale ou interrégionale, les difficultés inhérentes à l'accès aux locaux, aux salles de réunion, les difficultés liées à la mise à disposition de moyens humains ou matériels ont allongé les délais d'installation des médiateurs dans quelques régions très peu nombreuses. Il faut constater que dans la quasi-totalité des régions et malgré la très forte sollicitation des ARS du fait de la gestion de la crise sanitaire, les dispositions ont été prises pour que les médiateurs soient installés dans de bonnes conditions et puissent travailler correctement.

Les dossiers traités, soit par des médiations soit par un accompagnement adapté ont fait apparaître les difficultés ou les obstacles suivants :

- a) S'agissant des praticiens hospitaliers ou hospitalo-universitaires, les statuts actuels ne favorisent pas la mobilité et lorsque celle-ci est souhaitée ou nécessaire dans des délais courts et qu'un établissement accepte de recevoir le praticien concerné, la mobilité est très difficile à réaliser. Lorsqu'il s'agit d'un professeur des université praticien hospitalier cette mobilité est encore plus complexe et plus longue à organiser. Le médiateur pour agir et tenter de débloquer une situation complexe doit faire appel au Centre National de Gestion (CNG) aux services ministériels (santé et enseignement supérieur) et souvent aux cabinets des ministres. Nous avons constaté que ces appels ont toujours été suivis d'une écoute attentive et d'une prise en compte permettant le plus souvent une évolution favorable de la situation. Cependant les dispositions statutaires actuelles concernant les praticiens hospitaliers ou les hospitalo-universitaires ralentissent les mobilités désirées et nécessaires. Les possibilités offertes par les dispositions relatives à la mise à disposition, le détachement ou la mise en disponibilité sont utilisées au maximum mais les délais sont toujours assez longs.

Une plus grande rapidité de mise en œuvre concrète de la mobilité lorsqu'elle est souhaitée et que tous les accords requis sont donnés dans le cadre d'un accord de médiation est souhaitable.

- b) Les médiateurs ont parfois pu constater lors des premières prises de contact avec les éventuels futurs médiés des réticences ou une absence de confiance à priori révélant probablement la crainte d'une ingérence des médiateurs dans

la vie de l'établissement et un empiètement de leur part sur les compétences et les pouvoirs de la gouvernance ou des responsables de pôle ou de service. Cette erreur d'appréciation peut s'expliquer par la méconnaissance du processus de médiation. Cette attitude disparaît après que les médiateurs aient décrit précisément le processus. Il n'y a parmi les dossiers ayant donné lieu à une médiation acceptée aucun exemple de manque de confiance dans les médiateurs. Il suffit que l'une des parties concernées refuse la médiation pour que celle-ci n'ait pas lieu.

IV. 2 Perspectives et propositions.

L'expérience de trois ans, même si elle reste encore modeste, permet de faire quelques constats et de tirer des enseignements.

Le premier constat fait apparaître trois types de médiations dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux :

- 1- La médiation avec les patients ou leur entourage ou avec les résidents ou leur entourage. La médiation avec les patients est structurée depuis la loi de mars 2002 et un service est organisé pour cela dans chaque établissement public de santé. Ce service est dirigé par un médecin. Cette médiation intervient en cas de difficulté entre un médecin, une équipe soignante et un ou des patients. Dans les établissements sociaux ou médico-sociaux cette médiation reste à structurer.
- 2- La médiation dans les conflits opposant les personnels entre eux ou à l'administration de leur établissement. Cette médiation existe depuis 2019. Elle est opérationnelle pour tous les personnels sur l'ensemble du territoire national depuis 2020.
- 3- Enfin la médiation pour les conflits de type institutionnel opposant au sein du même établissement la gouvernance et une instance (Conseil de surveillance et son président, CME...). Ces conflits génèrent un blocage du fonctionnement de l'établissement. Des médiations sont souvent nécessaires elles sont assurées ponctuellement, à la demande des pouvoirs publics (ARS ou ministère), par des professionnels volontaires mais qui sont très rarement médiateurs professionnels formés à cet exercice.

La médiation nationale n'a jamais été saisie ou consultée pour les médiations concernant les patients mais elle a été saisie à plusieurs reprises pour intervenir dans des conflits institutionnels bien installés. Il n'a pas toujours été possible de répondre à ces demandes.

Actuellement seules les deux premières catégories de conflit peuvent faire l'objet d'une médiation organisée et structurée et seule la deuxième catégorie de conflit peut faire l'objet d'une intervention de médiateurs professionnels spécialement formés.

La médiation dans les conflits institutionnels ou dans les conflits entre établissements peut intervenir en amont d'une inspection ou d'un contrôle. Son objectif est de rechercher les voies

d'un règlement amiable et transactionnel du conflit. En cas d'échec, comme c'est le cas pour les deux autres catégories les corps d'inspection et de contrôle ou le juge peuvent être saisis.

Cela conduit aux propositions suivantes :

Un service national de médiation pourrait, à terme, assurer une vision et une organisation cohérente de ces trois types de médiation en établissement. Il aurait notamment pour mission de structurer et de coordonner le réseau des médiateurs médicaux dans les établissements pour les conflits avec les patients, d'animer le réseau des médiateurs régionaux ou inter régionaux pour les personnels hospitaliers et d'animer un groupe de médiateurs formés, placés directement auprès du niveau national pour réaliser des médiations dans les conflits de type institutionnel sur la saisine du ministre ou de ses services. Dans ce nouveau contexte la médiation nationale pourrait être constituée d'un magistrat (des juridictions administratives, financières ou judiciaires), d'un directeur d'établissement (sanitaire ou médico-social) et d'un praticien hospitalier (mono ou bi-appartenant) tous trois très expérimentés. Ce service aurait également pour mission de veiller à la formation des différents médiateurs dans les trois secteurs, d'organiser des échanges entre les différents médiateurs, de structurer une démarche d'analyse des pratiques dans chacun des secteurs et de participer à l'enseignement et à la recherche dans le domaine de la médiation en santé. Il pourrait également disposer d'une vision globale et transversale de la qualité des organisations, de la vie au travail et des services rendus, très utile pour les décideurs.

Le deuxième constat réalisé lors de la mise en place des médiations régionales ou interrégionales conduit à proposer un renforcement de la communication à destination des ARS, des gouvernances des établissements et des institutions représentatives de ces gouvernances : FHF, diverses conférences des établissements hospitaliers sociaux ou médico-sociaux et au-delà auprès des organisations syndicales de praticiens et des personnels non médicaux. Les médiations ou les interventions conduites sur plus de 200 saisines au niveau national montrent une grande méconnaissance du dispositif et de cet outil qui permet un règlement rapide et sans frais des conflits au sein des établissements.

Plus largement la pandémie n'a pas permis de réaliser les réunions régionales avec les différents acteurs des secteurs hospitaliers et sociaux ou médicosociaux, ni d'organiser dans les régions ou inter régions la diffusion des informations tel que cela était prévu. Il convient de combler rapidement ce déficit de communication afin de mieux faire connaître de tous les personnels et de tous les employeurs le dispositif mis à leur disposition.

De même les difficultés de mise en place rencontrées dans quelques régions par ailleurs très sollicitées par la gestion de la crise sanitaire, rend nécessaire une nouvelle information des DGARS afin d'appeler leur attention sur la nécessité de bien utiliser les crédits destinés aux moyens logistiques à fournir pour le bon fonctionnement des médiations régionales (temps de secrétariat, locaux, salles de réunion, déplacements...).

Le troisième constat montre l'utilité de rendre le plus solide possible l'accord de médiation lorsqu'il est obtenu. Certes les parties signent avec le médiateur un contrat qui constitue l'accord de médiation et leur signature les engage. Une évaluation de la bonne mise en place et du respect des dispositions de l'accord est réalisée à terme par le médiateur. Mais, dans les conflits les plus sévères et les plus lourds, il conviendrait d'envisager la possibilité d'une homologation de l'accord par le juge compétent afin de consolider juridiquement cet accord.

Le quatrième enseignement tiré des cas d'espèce traités est celui de la mobilité. Pour les praticiens hospitaliers ou bi appartenant la mobilité lorsqu'elle est souhaitée et nécessaire dans des délais rapprochés est très difficile à organiser. Toutes les possibilités ont été utilisées avec l'aide et la coopération efficace du CNG : mise à disposition, détachement, disponibilité... mais faute de disposer de relais financiers de courte durée pour fluidifier ces mouvements les possibilités sont de fait réduites. Le CNG devrait pouvoir disposer d'une marge de manœuvre plus importante et d'un volant de quelques postes consacrés aux mobilités mises en œuvre dans le cadre d'une médiation. Par ailleurs les mobilités concernant les hospitalo-universitaires devraient être assouplies et les services de l'enseignement supérieur devraient pouvoir disposer du même volant de postes pour faciliter ces mobilités.

Dans le même registre, les annonces de Madame Buzyn, ministre chargée de la santé devraient être suivies d'effet : lorsque dans un service ou un établissement, une maltraitance est avérée et qu'une personne doit changer d'établissement pour retrouver calme et sérénité dans l'exercice de ses fonctions, celle-ci devrait pouvoir partir avec son poste et le financement de ce poste.

Plus précisément pour les praticiens hospitaliers les commissions régionales paritaires (CRP) devraient fonctionner régulièrement dans toutes les régions et être saisies des conflits impliquant des praticiens hospitaliers.

Pour les praticiens hospitaliers suspendus dans l'attente des résultats de l'enquête et des décisions prises à la suite d'un éventuel conseil de discipline, la durée de la suspension est parfois importante. Cela nuit à une réintégration et à une reprise d'activité dans de bonnes conditions. La reprise d'activité suppose l'organisation de formations spécifiques dans la spécialité médicale ou chirurgicale de l'intéressé et sa réinsertion après une longue période d'absence nécessite souvent une médiation. Tous les efforts doivent être faits pour réduire les délais et, en conséquence, la durée de la suspension d'activité.

Pour ce qui concerne les internes (17 saisines traitées), les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur ont annoncé que les services dans lesquels une maltraitance est avérée à l'égard des internes et, plus largement, des étudiants en santé qui y sont affectés devraient se voir retirer leur agrément temporairement puis le cas échéant définitivement après une enquête administrative diligentée par les directeurs de l'établissement et de l'UFR concernés.

Le cinquième constat qui ressort très clairement de tous les cas traités est la nécessité de mettre plus efficacement l'accent sur la formation des responsables d'encadrement d'équipes (cadres de tous secteurs, chefs de service médicaux ou non, chefs de pôle, directeurs adjoints et chefs d'établissement) en matière de relation humaine. Au-delà de la maîtrise des techniques de gestion des ressources humaines, de la connaissance des statuts et du droit social, il conviendrait d'approfondir le management d'équipe, la prévention des conflits, les principes liés à l'autorité de compétence et au leadership, au respect de l'autre et à la reconnaissance du travail accompli.

Un sixième enseignement peut être tiré des actions réalisées : les interventions et les médiations permettent d'assurer de manière apaisée les sorties de crise. Il paraît judicieux de bien connaître l'usage de ce nouvel outil dans le cadre de la gestion de la sortie de la crise sanitaire. La période à venir devrait voir ressortir des conflits provisoirement laissés de côté du fait de la crise sanitaire et apparaître de nouveaux conflits nés pendant la crise. Les conflits de posture, de positionnement ou issus de rivalités ou de divergences d'analyse seront certainement nombreux et susceptibles d'être réglés par la médiation.

Enfin le service de la médiation pour les personnels hospitaliers doit pouvoir coopérer avec les établissements et les conseiller s'ils le souhaitent pour faciliter la mise en place du dispositif local, interne ou inter établissements de conciliation qui doit précéder l'intervention éventuelle du médiateur. Ces coopérations devraient permettre une meilleure diffusion de l'information pour une meilleure connaissance du dispositif.

LISTE DES PROPOSITIONS

- 1) **Mieux communiquer et mieux informer** tous les responsables d'établissements et tous les personnels pour mieux faire connaître le processus de médiation avec deux objectifs : lever les réticences constatées lors des premières médiations et permettre d'acquiescer le bon usage de cet outil de règlement des conflits. Concevoir dans les meilleurs délais, avec l'aide des services compétents du ministère de la santé un plan de communication concerté et articulé avec les médiateurs régionaux.
- 2) **Inciter et accompagner les établissements** pour la mise en place de dispositifs locaux, internes ou inter établissements de conciliation et de veille pour une bonne prévention et de traitement lorsque le conflit est latent ou avéré. Considérer que les médiateurs régionaux ou le médiateur national peuvent conseiller les établissements sur ce point si ces derniers l'estiment nécessaire.
- 3) **Veiller, pour les dossiers concernant les praticiens hospitaliers,** au bon fonctionnement de la commission régionale paritaire (CRP) et à sa bonne articulation avec les dispositions mise en place par les CME, l'ensemble constituant un dispositif local au sens du décret du 28 août 2019.
- 4) **Faciliter et rendre plus rapides les mobilités** souhaitées et faisant l'objet d'un accord de médiation, pour les praticiens hospitaliers et pour les hospitalo-universitaires. Un volant modeste de postes devrait être disponible à cet effet auprès du CNG et des services du ministère de l'enseignement supérieur.
- 5) **Réduire la durée de la suspension** d'activité en raccourcissant les délais d'instruction des procédures disciplinaires ou d'insuffisance professionnelle.
- 6) **Prévoir systématiquement un accompagnement** structuré ou une médiation lors de la réintégration dans le service après une sanction.
- 7) **Renforcer et approfondir la formation** de toutes les personnes ayant des fonctions d'encadrement : cadres de direction, chefs de pôles ou chefs de services, cadres soignants, techniques ou administratifs. L'accent devrait être mis tout particulièrement sur l'importance de la qualité des relations humaines, sur la

prévention des conflits et leur prise en considération rapide lorsqu'ils sont avérés, sur les principes liés à l'autorité de compétence et au leadership, au respect de l'autre et à la reconnaissance du travail accompli.

- 8) **Considérer l'importance du processus de décision** résultant d'un arbitrage impliquant des personnes : choix entre deux ou plusieurs projets, candidats, ou services. Mettre l'accent sur la méthodologie de ce processus au stade de la préparation, de l'annonce et du suivi.

- 9) **Renforcer juridiquement certains accords de médiation** relatifs aux conflits les plus lourds ou les plus importants en rendant possible leur homologation par le juge compétent.

- 10) **Structurer une vision plus globale de la médiation dans les établissements en prenant en compte les trois catégories de médiations** : celle relative aux différends ou conflits avec les patients et leur entourage, celle relative aux conflits entre les personnels ou ces derniers et leur employeur enfin celle relative aux conflits entre établissements ou aux conflits entre instances au sein d'un même établissement ou d'un GHT. Sans modifier l'organisation actuelle des médiateurs médicaux dans les établissements, ni celle des médiateurs régionaux ou inter régionaux, le niveau national comportant un magistrat, un praticien hospitalier et un directeur d'établissement pourrait coordonner les trois réseaux, permettre des échanges, veiller à la bonne formation des médiateurs, les aider et les soutenir le cas échéant et contribuer à l'enseignement et à la recherche dans ces domaines. En outre le niveau national aurait à prendre en compte les médiations dans les conflits institutionnels.

Le 30 juin 2021

Edouard Couty

