

Faculté de droit et de criminologie

La médiation dans les soins de santé : une véritable alternative humaine et efficace à la justice ?

Auteur : Valentine VAN LIER

Promoteur(s) : Jean-François VAN DROOGHENBROECK

Année académique 2019-2020

Master en droit, finalité spécialisée en justice civile et pénale

Plagiat et erreur méthodologique grave

Le plagiat, fût-il de texte non soumis à droit d'auteur, entraîne l'application de la section 7 des articles 87 à 90 du règlement général des études et des examens.

Le plagiat consiste à utiliser des idées, un texte ou une œuvre, même partiellement, sans en mentionner précisément le nom de l'auteur et la source au moment et à l'endroit exact de chaque utilisation*.

En outre, la reproduction littérale de passages d'une œuvre sans les placer entre guillemets, quand bien même l'auteur et la source de cette œuvre seraient mentionnés, constitue une erreur méthodologique grave pouvant entraîner l'échec.

* A ce sujet, voy. notamment <http://www.uclouvain.be/plagiat>.

Remerciements

Je voudrais d'abord remercier mon promoteur, le professeur Jean-François van Drooghenbroeck, pour sa disponibilité et ses conseils judicieux, indispensables à la conduite de ce mémoire.

Je remercie également l'ensemble des médiateurs hospitaliers et des plates-formes de concertation en santé mentale d'avoir pris le temps de répondre à mes questions et à me transmettre leurs expériences de terrain. Un merci tout particulier à Marie-Noëlle Derèse, de m'avoir transmis ses connaissances de spécialiste de la médiation dans les soins de santé et de magistrate.

Je voudrais enfin exprimer toute ma reconnaissance à mes parents pour leur investissement dans la lecture de ce mémoire mais surtout leur soutien inestimable durant mes études. Justin, merci pour toute l'attention que tu me portes au quotidien.

Table des matières

Introduction	1
Titre I. Portrait de la médiation organisée dans les soins de santé en Belgique	3
Chapitre I. Les origines de la médiation	3
Section 1. La médiation instaurée au sein du Code judiciaire	3
Section 2. La médiation instaurée dans les soins de santé	5
§1. Évolution de la relation patient-médecin	5
§2. Prise de conscience de la nécessité de consacrer des droits aux patients	7
§3. La médiation comme droit du patient	8
§4. De la nécessité d'instituer une fonction de médiation	9
Chapitre II. L'organisation et le déroulement de la médiation dans les soins de santé	10
Section 1. Les trois formes de services de médiation	10
Section 2. Les missions des services de médiation	13
§1. La prévention des demandes d'informations et de médiation	13
§2. La médiation des demandes en vue de trouver une solution	14
§3. L'information quant aux autres possibilités en matière de règlement de conflits	15
§4. La formulation de recommandations	16
Section 3. Nature de la médiation	17
Titre II. Questionnement des prérequis de la médiation institutionnelle au regard de la médiation instaurée par le Code judiciaire	19
Chapitre I. La portée de la médiation	19
Section 1. La publicité de la médiation	20
Section 2. Champ d'application personnel et matériel.....	23
§1. Ratione personae.....	24
§2. Ratione materiae	26
Section 3. La mission de la médiation.....	27
§1. Historique.....	28
§2. Le FAM.....	31
Chapitre II. La formation	36
Section 1. Considérations générales.....	36
Section 2. Les exigences en matière de formation du médiateur	37
Chapitre III. L'impartialité, la neutralité et l'indépendance	41
Section 1. Contours des notions	41
Section 2. Le statut du médiateur interne	43
Section 3. Le statut du médiateur externe	47
Section 4. Conclusion.....	49
Chapitre IV. Le caractère confidentiel de la médiation	50
Section 1. Le secret professionnel.....	50
Section 2. La confidentialité.....	53
Chapitre V. Légitimité de la médiation vis-à-vis du système judiciaire	55
Section 1. Incidence sur les délais de prescription	55
Section 2. La force exécutoire.....	56
Titre III. Nouveau système de médiation dans les soins de santé	59
Chapitre I. Grandes lignes de la réforme	59
Chapitre II. Concrétisation de la réforme à travers des textes de lois	59
Conclusion	72
Annexe 1 : Modèle de règlement d'ordre intérieur des services de médiation « Droits du patient » établi par la Commission fédérale « Droits du patient »	73
Annexe 2 : Dispositions antérieures à la réforme envisagée	82
Bibliographie	88

Introduction

1. Aujourd'hui plus que jamais, notre système judiciaire fait face à des défis existentiels. Que ce soit les moyens humains et financiers limités mis à sa disposition, l'évolution toujours plus rapide de notre société et donc des lois qui l'encadrent ou la quantité toujours plus importante d'affaires à traiter, les obstacles à surmonter sont nombreux et complexes.

2. Depuis un certain temps maintenant, la justice se tourne de plus en plus vers les modes alternatifs de règlement des conflits afin accélérer et améliorer la résolution des litiges tant pour le bien-être des justiciables que pour sa propre survie. C'est dans ce contexte que la médiation s'est érigée en alternative fiable et performante à la justice étatique.

3. La médiation a, en quelque sorte, existé de tous temps dans nos sociétés. Certains sociologues la qualifient d'ailleurs de « deuxième plus vieux métier du monde »¹. En effet, si nous pensons à ses caractéristiques fondamentales, elle consiste à permettre aux parties en conflit de communiquer et de mieux se comprendre afin de trouver par elles-mêmes, à l'aide d'un tiers neutre, un terrain d'entente. Aujourd'hui, la réelle innovation se trouve dans le fait que la justice tente de plus en plus d'incorporer cette étape comme faisant partie intégrante du processus de résolution des litiges.

La médiation couvre désormais des réalités de notre vie quotidienne bien distinctes : si le processus a d'abord connu ses premiers essors dans le contexte familial, il a tendu à se développer dans toutes les branches du droit, que ça soit en matière pénale, commerciale, civile, sociale ou encore médicale². Selon Marie-Noëlle Derèse, « pratiquement aucun des domaines juridiques n'a donc su résister à la tentation de se doter d'un système de médiation »³. Néanmoins, bien que le concept de médiation soit empirique, la finalité, l'organisation et les garanties du processus en tant que tel sont parfois bien différentes selon qu'il s'applique dans un cadre judiciaire ou extrajudiciaire, notamment institutionnalisé. Dans ce contexte, le rôle et le statut du médiateur peuvent alors varier de manière substantielle.

¹ D. KOLB, *The Mediators*, Cambridge (Mass), M.I.T. Press, 1983, cité par B. INGHELIS, « Introduction », in *Une autre justice possible ?*, (sous la dir. de T. MARCHANDISE), Bruxelles, Larcier, 2015, p. 9.

² B. INGHELIS, *op. cit.*, p. 12 ; M.-N. DERÈSE, *La médiation dans les soins de santé : enjeux et perspectives*, Thèse de doctorat, coll. Bibliothèque de la faculté de droit de l'Université de Namur, Bruxelles, Kluwer, 2013, p. 279, n° 308.

³ M.-N. DERÈSE, *op. cit.*, p. 279, n° 308.

4. Dans ce mémoire, notre attention se penche sur la médiation instaurée en 2002 dans le domaine des soins de santé.

Dans une première partie, après avoir analysé l'évolution de la relation du praticien professionnel avec son patient, nous verrons dans quelle mesure le droit de porter plainte auprès d'une fonction de médiation est venu en constituer une suite logique. Nous constaterons qu'en réalité, la médiation comme mode alternatif de règlement des conflits a été consacrée de manière légale dans le domaine médical avant de l'être dans les autres branches du droit. L'analyse exhaustive de l'organisation et des missions dévolues à la fonction de médiation dans les soins de santé permettra finalement d'en déterminer sa nature précise, ne se concevant alors pas de la même manière que celle instaurée par le Code judiciaire en 2005.

C'est ainsi qu'au cours de la deuxième partie, à la lumière de cette dernière, nous pourrions mettre en exergue les différentes lacunes de la médiation instaurée dans le domaine des soins de santé, tant en ce qui concerne la portée du processus, la formation et l'indépendance du médiateur, la confidentialité des échanges mais encore la reconnaissance du mécanisme et de l'éventuel accord obtenu entre les parties par le système judiciaire. Des pistes de réflexion seront alors élaborées de manière systématique pour chacun de ces points, en se basant tant sur des solutions déjà envisagées en Belgique que sur des systèmes établis à l'étranger.

Finalement, dans une troisième partie, nous tenterons de matérialiser ces pistes par l'élaboration concrète d'un texte de loi. L'organisation du système de la médiation dans les soins de santé sera alors repensée dans son entièreté dans le but de constituer une véritable alternative à la procédure en justice. En effet, nous sommes convaincus que pour traiter de ces questions souvent sensibles, une médiation dans les soins de santé repensée permettrait de préserver l'aspect humain nécessaire au bien-être des parties tout en leur offrant les garanties nécessaires à l'obtention et l'exécution d'un accord.

Titre I. Portrait de la médiation organisée dans les soins de santé en Belgique

Chapitre I. Les origines de la médiation

5. Après avoir conquis les États-Unis dans les années 70⁴ et le Canada dans les années 80⁵, la pratique de la médiation a traversé l'Atlantique pour venir s'implanter sur le continent européen⁶. Dans ce chapitre, nous allons voir dans un premier temps la manière dont celle-ci s'est développée en Belgique dans les matières familiales, civiles, commerciales ou sociales (section 1) pour dans un second temps, voir comment celle-ci a émergé dans le contexte particulier que constitue les soins de santé (section 2).

Section 1. La médiation instaurée au sein du Code judiciaire

6. **Matière familiale.** En Belgique, c'est en matière familiale que la médiation a commencé à se pratiquer, afin notamment d'apaiser et de régler des situations conflictuelles nées d'un divorce ou d'une séparation, qui se faisaient de plus en plus nombreuses⁷. Cette pratique s'est vue offrir un cadre légal par l'entrée en vigueur de la loi du 19 février 2001⁸⁻⁹. L'objectif premier de celle-ci était de garantir l'impartialité, la neutralité et l'indépendance de ce tiers au litige qu'est le médiateur, mais plus généralement, de mettre en place une justice plus « négociée », déjà voulue par la société à l'époque¹⁰. L'on pouvait néanmoins regretter l'absence de définition de la médiation, se concevant alors uniquement comme un mode alternatif de règlement de conflit (MARC)¹¹. En outre, par le caractère volontaire de la médiation¹², la promotion de celle-ci dépendait uniquement des aspirations personnelles des acteurs de la justice.

⁴ M. BROGAN and D. SPENCER, *Mediation law and practice*, Cambridge, Cambridge University Press, 2006, pp. 23-33.

⁵ N. BAUGNIET, *La médiation familiale : Mode de règlement des conflits familiaux*, Bruxelles, de Boeck, 2008, p. 23.

⁶ CABINET D'AVOCATS RENSON, « Bref historique de la médiation », disponible sur www.renson-avocats.be, *s.d.*, consulté le 10 octobre 2019.

⁷ L. LAURENT-BOYER, « La médiation familiale : définition, cadre théorique, bienfaits pour la famille et étude de modèles », in *La médiation familiale* (sous la dir. de L. LAURENT-BOYER), Cowansville, Yvon Blais, 1992, p. 5.

⁸A. FLOOR, « La médiation prend de plus en plus de place dans notre société : pourquoi, comment et jusqu'où ? », disponible sur www.ufapec.be, 2011.

⁹ Loi du 19 février 2001 relative à la médiation en matière familiale dans le cadre d'une procédure judiciaire, *M.B.*, 3 avril 2001, p. 11218.

¹⁰ N. LAURANT, *Oser la médiation au sein du monde notarial : étude de la complémentarité du métier de médiateur à celui de notaire*, Mémoire, Université catholique de Louvain, 2016, p. 14.

¹¹ *Ibidem*.

¹² A. THILLY, « De la pratique à la loi du 19 février 2001 relative à la médiation en matière familiale dans le cadre d'une procédure judiciaire », *J.T.*, 2001, n° 6023, p. 668.

7. Élargissement à la quasi-totalité des matières. Bien que la pratique de la médiation en matière civile, commerciale ou sociale¹³ n'ait jamais été exclue, la loi du 21 février 2005 a créé une septième partie dans le Code judiciaire, intitulée « la médiation », visant de la sorte toutes les médiations¹⁴⁻¹⁵. En effet, selon l'ancien article 1724 du Code judiciaire, « tout différend susceptible d'être réglé par une transaction peut faire l'objet d'une médiation¹⁶ ». La médiation bénéficiait désormais de la même légitimité que la procédure civile judiciaire et l'arbitrage et était possible dans la presque totalité des branches du droit¹⁷. Nous verrons par la suite quels ont été les apports de cette loi à la médiation mise en place dans le secteur des soins de santé.

8. Création de chambres spécifiques. En 2013, la médiation en matière familiale a pris un élan considérable avec l'entrée en vigueur de la loi portant création d'un tribunal de la famille et de la jeunesse¹⁸. En effet, celle-ci a créé des chambres de règlement à l'amiable au sein de ce tribunal et a instauré l'obligation pour le juge d'informer les parties, dès l'audience d'introduction, de la possibilité de régler leur différend par le biais (notamment) de la médiation¹⁹.

9. Apogée. La place de la médiation a été davantage renforcée dans le paysage juridique avec la promulgation de la loi du 18 juin 2018²⁰. L'idée émerge de faire des procédures judiciaires un « filet de sécurité lorsque toutes les autres solutions (amicales) ne sont pas possibles ou ne sont pas recommandées dans les circonstances données »²¹. Les principales modifications apportées dans ce sens par la loi retiendront notre attention plus tard (ci-après, n^{os} 43 et s.), mais il convient de mentionner dès à présent le fait que le législateur a estimé bon (enfin) de définir ce qu'il fallait entendre par « médiation »²². Il s'agit d'« un processus confidentiel et structuré

¹³ CABINET D'AVOCATS RENSON, *op. cit.*

¹⁴ Loi du 21 février 2005 modifiant le Code judiciaire en ce qui concerne la médiation, *M.B.*, 22 mars 2005, p. 12772.

¹⁵ L.-M. HENRION, « Qu'est-ce que la médiation », disponible sur www.droitbelge.net, 18 mars 2011.

¹⁶ C. jud., art. 1724.

¹⁷ F. VAN DE PUTTE et P. VAN LEYNSEELE, « Une nouvelle loi sur la médiation », disponible sur www.droitbelge.be, 24 février 2005.

¹⁸ CABINET D'AVOCATS RENSON, *op. cit.*

¹⁹ *Ibidem*.

²⁰ Loi du 18 juin 2018 portant dispositions diverses en matière de droit civil et es dispositions en vue de promouvoir des formes alternatives de résolution des litiges, *M.B.*, 2 juillet 2018, p. 53455.

²¹ P. VAN LEYNSEELE, « La loi du 18 juin 2018 : l'appel à la médiation ou le Waterloo de la médiation volontaire ? », *J.T.*, 2018/39, n^o 6751, p. 878.

²² *Ibidem*, p. 879.

de concertation volontaire²³ entre parties en conflit qui se déroule avec le concours d'un tiers indépendant, neutre et impartial qui facilite la communication et tente de conduire les parties à élaborer elles-mêmes une solution »²⁴.

Section 2. La médiation instaurée dans les soins de santé

§1. Évolution de la relation patient-médecin

10. Conception paternaliste. Au cours de la première moitié du 20^{ème} siècle, dans le cadre de la relation de soins, le médecin incarnait le savoir, tandis que le patient était présumé être profondément ignorant²⁵. Cette conception, qui a prévalu pendant de nombreuses années, provenait du fait que le médecin avait eu l'opportunité de faire des études prestigieuses, ce qui n'était pas forcément le cas de la majorité de ses patients, et que ceux-ci, rongés par la maladie, n'étaient plus aptes à avoir un raisonnement éclairé²⁶. L'on retrouve d'ailleurs cette conception paternaliste à travers l'étymologie du mot « patient », qui signifie « celui qui endure », « celui qui souffre en silence »²⁷. Dès lors, il était inconcevable de mettre en cause un acte pratiqué ou une décision prise par le médecin²⁸.

11. Remise en cause. Dès la seconde moitié du 20^{ème} siècle, cet équilibre de la relation patient-médecin a été progressivement remis en cause²⁹. En effet, l'émergence des nouvelles technologies de l'information et scientifiques dans le milieu biomédical et la « libéralisation » de la société occidentale ont fait prendre conscience de la nécessité de reconnaître une certaine autonomie au patient dans la décision de soins le concernant³⁰.

12. Modèle de décision partagée. La relation du patient avec son médecin devait dès lors reposer sur un nouveau modèle, et c'est dans cette idée qu'Henri Bergeron, chercheur français

²³ Chacune des parties est libre d'y participer et d'y mettre fin à tout moment lorsqu'elle estime qu'aucune solution satisfaisante ne peut être trouvée (O. CAPRASSE, « Titre 11 – L'arbitrage et la médiation, Chapitre 2 – La médiation », in *Droit judiciaire – Tome 2* (sous la dir. de G. de Leval), Bruxelles, Larcier, 2015, p. 1436).

²⁴ C. jud., art. 1723/1.

²⁵ M.-N. DERÈSE, « Chapitre 8 - La médiation dans les soins de santé », in *Une autre justice possible?* (sous la dir. de T. MARCHANDISE), Bruxelles, Larcier, 2015, pp. 259-260, n° 4 ; J.-M. VAN GYSEGHEM, « Droits du patient : quelques réflexions », *R.G.A.R.*, 2006/6, p. 14132¹, n° 2.

²⁶ *Ibidem*.

²⁷ CENTRE NATIONAL DE RESSOURCES TEXTUELLES ET LEXICALES, « Patient », disponible sur www.cnrtl.fr, s.d., consulté le 12 novembre 2019.

²⁸ J.-M. CLEMENT, *1999-2000 : la mutation de l'hôpital*, Bordeaux, Les Etudes Hospitalières, 2001, pp. 101-102.

²⁹ M.-N. DERÈSE, « Chapitre 8 - La médiation dans les soins de santé », *op. cit.*, p. 262, n° 5.

³⁰ *Ibidem*, p. 263, n° 5.

au Centre de Sociologie des Organisations (CSO), a analysé la typologie du colloque singulier développée par la littérature anglo-saxonne dite de la « décision partagée »³¹.

D'abord, dans le modèle de soins dit *informatif*, le médecin fournit des informations au patient sur le diagnostic et les options thérapeutiques qui s'offrent à lui, afin que le patient puisse lui-même décider du traitement qu'il souhaite, sans que les préférences du médecin n'entrent en ligne de compte³². Cependant, selon Henri Bergeron, ce modèle n'est pas adéquat car d'une part, il suppose que le patient soit doté de connaissances scientifiques poussées et d'autre part, il écarte le médecin de la prise de décision³³. Le deuxième modèle, dit *interprétatif*, palie les défauts du premier car il laisse une place au médecin dans la décision finale que prendra le patient. En effet, en plus de soumettre objectivement au patient les informations concernant son diagnostic et les traitements envisageables, le médecin « invite le patient à découvrir ses propres préférences »³⁴. Enfin, le modèle *délibératif* va plus loin que le second, dans le sens où, outre l'accompagnement du patient dans la recherche de ses préférences, le médecin va engager avec lui une discussion profonde jusqu'à ce qu'éventuellement, il en vienne à redéfinir ses propres valeurs³⁵.

Selon Bergeron, ce sont précisément ces deux derniers modes relationnels qui forment le modèle de la « décision partagée », puisqu'ils font tant du médecin que du patient un acteur dans la prise de décision³⁶. Et c'est ce modèle-là qui, selon ses dires, « correspondrait le mieux aux développements actuels de la profession médicale et aux représentations sociales dominantes des rôles que doivent jouer les deux catégories d'acteurs dans le cadre de leur rencontre »³⁷. En effet, l'idéal de la médecine n'est atteint que lorsque les parties collaborent et choisissent l'option thérapeutique la plus appropriée ensemble³⁸.

³¹ CENTRE DE SOCIOLOGIE DES ORGANISATIONS, « Les droits des malades et des usagers du système de santé, une législation plus tard », disponible sur www.cso.edu, 1^{er} mars 2007, p. 1.

³² *Ibidem*, p. 2.

³³ *Ibidem*, p. 3.

³⁴ *Ibidem*, p. 2.

³⁵ *Ibidem*, p. 3.

³⁶ *Ibidem*.

³⁷ *Ibidem*.

³⁸ X., « La prise de décision partagée en médecine générale », disponible sur www.30ansplustard.wordpress.com, 20 décembre 2015.

§2. *Prise de conscience de la nécessité de consacrer des droits aux patients*

13. La philosophie qui sous-tend la relation de soins étant repensée, ce mouvement d'autonomisation devait aller plus loin, et l'idée de reconnaître de véritables droits au patient fit progressivement son chemin³⁹.

14. Dynamique européenne et internationale. En 1994, trente-six États se sont réunis au sein du bureau européen de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) afin de déterminer les principes sous-jacents à la promotion des droits du patient en Europe⁴⁰. Les travaux menés dans ce cadre ont abouti à l'élaboration de la Charte d'Amsterdam qui consacre les droits de l'homme et les valeurs humaines dans les soins de santé⁴¹.

Quelques années plus tard, en 1997, la Convention internationale d'Oviedo (Espagne)⁴² fut ouverte à signature par le Conseil de l'Europe afin que toute personne voie son intégrité et tous ses autres droits fondamentaux respectés dans le domaine biomédical.

15. Prise de conscience et concrétisation au niveau belge. Bien que la Belgique n'ait jamais ratifié cette dernière, le monde politique belge prend conscience dès ce moment-là de « l'importance de formaliser les droits du patient »⁴³. En effet, en 1999, le gouvernement fédéral déclarait vouloir replacer le patient « au centre de la politique des soins de santé »⁴⁴. Dans un premier temps, il souhaitait que le patient ait droit à une « information claire et accessible sur les soins qui lui sont dispensés et sur son état de santé » et dans un deuxième temps, s'il y avait une plainte déposée par le patient, que celle-ci soit traitée conformément à la dignité humaine⁴⁵. En 2000, rappelant la déclaration d'Amsterdam, le Conseil de l'Europe recommande aux gouvernements des États membres de « créer des structures juridiques et de mettre en œuvre des politiques en vue de favoriser la participation du citoyen et de renforcer les droits du patient,

³⁹ S. MALENGREUX et C. GRENIER., « La décision partagée en consultation de médecine générale », disponible sur www.cdn.uclouvain.be, novembre 2017, p. 9.

⁴⁰ M. MORMONT, « Aux sources de la loi », *Santé conjugulée*, 2014, n° 68, p. 39.

⁴¹ *Ibidem*.

⁴² Convention pour la protection des droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain en rapport avec les applications de la biologie et de la médecine, signée à Oviedo le 4 avril 1997.

⁴³ I. MULLER, « Médiation dans les soins, parapluie ou porte-voix ? », *Santé conjugulée*, 2014, n° 68, p. 33 ; A. DUBUIS, « Section II. – La question de l'attribution de droits au patient », in *Les droits du patient en droit de l'Union européenne*, Bruxelles, Bruylant, 2017, pp. 83-84.

⁴⁴ Déclaration gouvernementale du 14 juillet 1999, disponible sur www.crisp.be, p. 34.

⁴⁵ *Ibidem*.

dès lors que cela n'existe pas encore »⁴⁶. C'est ainsi qu'en août 2002, sous l'impulsion internationale et européenne et dans le but d'exécuter l'accord gouvernemental conclu en 1999, la Belgique adopte la loi relative aux droits du patient⁴⁷⁻⁴⁸.

§3. *La médiation comme droit du patient*

16. Maîtrise de soi. La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient formalise le cadre juridique de la relation patient-médecin. Elle établit de la sorte une liste des droits du patient, qui sont en réalité des obligations à charge du médecin dont la méconnaissance pourrait entraîner sa responsabilité⁴⁹. De manière résumée, les droits du patient qui y sont précisés portent sur le droit à des prestations de soins de qualité⁵⁰, le droit au libre choix du praticien professionnel⁵¹, le droit à l'information sur son état de santé⁵², le droit au consentement libre⁵³, le droit à un dossier mis constamment à jour et conservé en lieu sûr⁵⁴, le droit à la protection de la vie privée⁵⁵ et le droit à recevoir les soins les plus appropriés afin de prévenir et soulager la douleur⁵⁶. L'on remarque que la loi tend donc à assurer à l'individu la maîtrise de son corps et le contrôle de sa vie privée.

17. Droit de se plaindre. Afin d'offrir la garantie aux patients que l'ensemble de ces droits soit respecté, le législateur a pris l'initiative d'instaurer une fonction de médiation, ce qui constituait une véritable nouveauté dans le domaine des soins de santé⁵⁷. L'article 11 prévoit en effet que désormais, « 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 compétente »⁵⁸. Ainsi, bien qu'elle

⁴⁶ Rec. n° R(2000)5 du Comité des Ministres aux Etats membres sur le développement de structures permettant la participation des citoyens et des patients au processus décisionnel concernant les soins de santé, du 24 février 2000, disponible sur www.coe.int.

⁴⁷ Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *M.B.*, 26 septembre 2002, p. 43719.

⁴⁸ Projet de loi relatif aux droits du patient, Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales par M. Remans et Mme de Roeck, *Doc. parl.*, Sén. sess. ord. 2001-2002, n° 2-1250/3, pp. 3-4.

⁴⁹ Entretien accordé le 15 juin 2020, par Marie-Noëlle Derèse, magistrate au Parquet de Bruxelles, ayant effectué une thèse de doctorat sur la médiation dans les soins de santé.

⁵⁰ Loi du 22 août 2002 précitée, art. 5.

⁵¹ Loi du 22 août 2002 précitée, art. 6.

⁵² Loi du 22 août 2002 précitée, art. 7.

⁵³ Loi du 22 août 2002 précitée, art. 8.

⁵⁴ Loi du 22 août 2002 précitée, art. 9.

⁵⁵ Loi du 22 août 2002 précitée, art. 10.

⁵⁶ Loi du 22 août 2002 précitée, art. 11.

⁵⁷ C. LEVY et C. JACOB, *La médiation et les conflits dans le secteur des soins de santé*, Bruxelles, Kluwer, 2007, p. 8, n° 11.

⁵⁸ Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient précitée, art. 11.

ne régit pas le domaine de la responsabilité médicale, la loi essaye de prévenir la survenance d'éventuels conflits⁵⁹.

§4. De la nécessité d'instituer une fonction de médiation

18. Aucun mécanisme pour porter plainte. Lorsque le patient était insatisfait de l'intervention du prestataire de soins, il ne savait souvent que faire et vers qui se retourner⁶⁰. La « Note conceptuelle Droits du patient » du 1^{er} décembre 2001⁶¹, rédigée lors des discussions concernant l'opportunité d'adoption de la loi du 22 août 2002, affirme que, quand bien même le patient entreprenait l'une ou l'autre démarche, il arrivait souvent qu'il ne soit pas écouté de la manière qu'il souhaitait⁶². Aucune réglementation ne régissait le dépôt et le traitement des plaintes dans le secteur des soins de santé⁶³, entraînant ainsi le risque qu'un malaise s'installe entre le patient et le prestataire de soins et pire encore, que la qualité des prestations en soit altérée⁶⁴.

19. Procédure judiciaire inadéquate. Par ailleurs, nombre de facteurs humains et matériels de la procédure judiciaire semblant *a priori* être tout indiquée pour remplir le rôle de mécanisme de communication et de régulation extérieur aux parties, représentent des barrières si nous tenons compte des réalités de terrain. Tout d'abord, soulignons la singularité du cadre au sein duquel la médiation est organisée dans les soins de santé. En effet, il existe une antinomie entre d'une part, la nécessité de rapidité et de facilité de résolution des conflits, en ce qui concerne un problème de santé, et d'autre part, la procédure longue et coûteuse que représente l'action en justice. De plus, bien que la relation entre le médecin et son patient ait évolué, la confiance doit en rester la clé de voûte. La procédure judiciaire, mettant à mal cet équilibre délicat, il a semblé nécessaire d'instituer un mécanisme hybride qui, d'une part, se conforme aux contraintes du milieu hospitalier et, d'autre part, rencontre les prérequis du système judiciaire.

⁵⁹ D. MAYÉRUS et P. STAQUET, « La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient et son impact sur la relation patient-médecin », *D.C.C.R.*, 2002/4, n° 57, p. 5, n° 4.

⁶⁰ M.-N. DERÈSE, « Chapitre 8 - La médiation dans les soins de santé », *op. cit.*, p. 266, n° 7.

⁶¹ Note conceptuelle « Droits du patient » élaborée le 1^{er} décembre 2000 par le cabinet de la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement, cité par M.-N. DERÈSE, « Chapitre 8 - La médiation dans les soins de santé », *op. cit.*, p. 266, n° 7.

⁶² M.-N. DERÈSE, « Chapitre 8 - La médiation dans les soins de santé », *op. cit.*, p. 266, n° 7.

⁶³ Projet de loi relatif aux droits du patient, Exposé des motifs, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2001-2002, n° 50-1642/1, pp. 9-10.

⁶⁴ M.-N. DERÈSE, « Chapitre 8 - La médiation dans les soins de santé », *op. cit.*, p. 267, n° 7.

20. Nécessité d'un lieu d'échange. Se développant dans toutes les branches du droit comme MARC, beaucoup ont vu dans la médiation la solution idéale. Plusieurs cliniques universitaires ont alors décidé d'organiser de manière informelle et spontanée un lieu où d'une part, les patients pouvaient venir exprimer leurs mécontentements en toute quiétude et d'autre part, les patients peuvent être pris en charge, si leurs mécontentements allaient trop loin⁶⁵. C'est ainsi que l'idée de faire de cette pratique un véritable droit a fait son chemin pour finalement se concrétiser dans la loi du 22 août 2002.

Chapitre II. L'organisation et le déroulement de la médiation dans les soins de santé

21. Dans ce chapitre, nous allons décrire successivement les différentes formes de médiation instituées dans le milieu des soins de santé (section 1) et analyser les missions principales qui leur sont reconnues (section 2). Une fois ceci établi, nous pourrons déterminer la nature spécifique que constitue cette médiation (section 3).

Section 1. Les trois formes de services de médiation

22. Principe. Comme nous l'avons vu, dans le milieu des soins de santé, le droit à la médiation se concrétise par l'établissement de « fonctions de médiation ». En réalité, cela consiste à mettre à disposition des patients des « services de médiation », dont il convient d'en distinguer trois formes : les services de médiation hospitaliers, les services de médiation institués au sein de plates-formes de concertation en santé mentale et le service de médiation fédéral⁶⁶.

23. Les services de médiation hospitaliers. La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient⁶⁷ a apporté des modifications aux dispositions de la loi sur les hôpitaux relatives aux conditions d'agrément de ceux-ci⁶⁸. Désormais, chaque hôpital⁶⁹ doit disposer d'une fonction de médiation telle qu'elle est prévue par ladite loi pour être agréé. En réalité, les hôpitaux ont

⁶⁵ *Ibidem*.

⁶⁶ M.-N. DERÈSE, « La médiation dans les soins de santé : les enjeux et les perspectives de la problématique de la formation des médiateurs », *A.D.L.*, 2013/4, p. 508, n° 4.

⁶⁷ Loi du 22 août 2002 précitée, art. 17, 3°.

⁶⁸ M.-N. DERÈSE, « Chapitre 8 - La médiation dans les soins de santé », *op. cit.*, p. 268, n° 5.

⁶⁹ La notion d'hôpital est définie dans la Loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, art. 2, *M.B.*, 7 octobre 1987, p. 14652, devenue la Loi sur les hôpitaux et autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008, art. 2, *M.B.*, 7 novembre 2008, p. 58624.

le choix entre créer une fonction de médiation en leur sein ou se joindre à une fonction de médiation d'un ou plusieurs hôpitaux, auquel cas un accord écrit de collaboration devra être signé⁷⁰. Le Roi a déterminé les conditions auxquelles devait répondre la fonction de médiation dans son arrêté royal du 8 juillet 2003⁷¹.

24. Les services de médiation dans les soins de santé mentale. L'arrêté royal susmentionné dispose qu'un hôpital psychiatrique peut également garantir le droit de se plaindre au patient par le biais de la fonction de médiation instituée au sein de la plate-forme à laquelle il serait rattaché pour être agréé⁷².

En effet, dans le secteur de la santé mentale, les hôpitaux psychiatriques, les services psychiatriques en hôpital général, les maisons ou centres de soins de santé mentale et les initiatives d'habitations protégées⁷³⁻⁷⁴ d'une même province peuvent, sur base volontaire, former une ASBL⁷⁵. Le but étant de promouvoir et d'organiser la concertation entre les institutions et les services de la zone géographique que l'ASBL couvre, afin d'offrir à la population une meilleure qualité des soins⁷⁶. La mise à disposition d'un service de médiation en son sein apparaît dès lors comme une condition d'agrément de l'association⁷⁷.

Les hôpitaux psychiatriques et les services psychiatriques au sein des hôpitaux généraux peuvent donc organiser leurs services de médiation de trois manières. Soit, en tant qu'hôpitaux, ils disposent de leur propre service de médiation en interne ou organisent la fonction de médiation en collaboration avec d'autre(s) établissement(s), soit ils font appel à un médiateur externe engagé par la plate-forme dont ils font partie⁷⁸. L'arrêté royal du 10 juillet 1990 énonce les conditions qui doivent être respectées par les services de médiation créés au sein des plates-

⁷⁰ A.R. du 8 juillet 2003 fixant les conditions auxquelles la fonction de médiation dans les hôpitaux doit répondre, art. 1^{er}, § 1^{er}, al. 3, *M.B.*, 26 août 2003, p. 41864.

⁷¹ A.R. du 8 juillet 2003 précité, art. 1^{er}, § 1^{er}, al. 2.

⁷² A.R. du 8 juillet 2003 précité, art. 1^{er}, § 3.

⁷³ Les habitations protégées accueillent des patients psychiatriques qui ne nécessitent pas de traitement en continu en hôpital mais doivent être aidés dans leur milieu de vie et de logement pour l'acquisition d'aptitudes sociales afin d'être totalement (ré-)intégrés dans la vie sociale (X., Initiatives d'Habitations Protégées, disponible sur www.pro.guidesocial.be, *s.d.*, consulté le 11 octobre 2019).

⁷⁴ FONDATION ROI BAUDOIN, « Gestion des plaintes et médiation en soins de santé : vers un nouveau système en Belgique », disponible sur www.chu.ulg.ac.be, avril 2010., p. 24.

⁷⁵ A.R. du 10 juillet 1990 fixant les normes d'agrément applicables aux associations d'institutions et de services psychiatriques, art. 8, *M.B.*, 26 juillet 1990, p. 14707.

⁷⁶ PLATE-FORME DE CONCERTATION EN SANTÉ MENTALE DU BRABANT WALLON, « Que sont les plates-formes de concertation ? », disponible sur www.pfsmbw.be, *s.d.*, consulté le 24 mai 2020.

⁷⁷ A.R. du 10 juillet 1990 précité, art. 11.

⁷⁸ FONDATION ROI BAUDOIN, *op. cit.*, p. 24.

formes, et ce afin qu'elles gardent leur statut d'association d'institutions et de services psychiatriques agréée.

25. Le service de médiation fédéral. Au sein de la Commission fédérale « Droits du patient » créée au Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement⁷⁹ par la loi du 22 août 2002, a été institué le service de médiation fédéral⁸⁰.

La Commission a pour mission de « collecter et traiter les données concernant les matières relatives aux droits du patient, formuler des avis sur demande ou d'initiative, à l'attention du Ministre qui a la santé publique dans ses attributions, concernant les droits et devoirs des patients et des praticiens professionnels et évaluer l'application des droits fixés dans la loi sur les droits du patient »⁸¹. Elle doit également évaluer le fonctionnement des médiations organisées dans les hôpitaux ou en plates-formes de concertation et formuler des recommandations à cet égard⁸².

Le service de médiation, composé d'un médiateur francophone et néerlandophone⁸³ est investi d'une compétence que l'on peut qualifier de résiduelle⁸⁴. En effet, il ne traitera lui-même la plainte dont il est saisi que s'il s'avère qu'aucune fonction de médiation locale n'est compétente. Dans le cas contraire, il redirigera le patient vers le médiateur hospitalier ou vers la plate-forme de concertation compétente⁸⁵. Cela signifie concrètement qu'il examinera la plainte d'un patient lorsque celui-ci a reçu des soins en dehors d'un hôpital ou d'un service ou d'une institution psychiatrique. Tel est notamment le cas des soins reçus en cabinets privés, en maisons de repos/de repos et de soins, dans les prisons, à domicile et dans le secteur de la médecine de contrôle et d'expertise⁸⁶.

⁷⁹ **Devenu le Service Public Fédéral de la Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement (SPF Santé publique).**

⁸⁰ C. LEVY et C. JACOB, *op.cit.*, p. 9, n° 13.

⁸¹ Loi du 22 août 2002 précitée, art. 16, § 2, 1°, 2° et 3°.

⁸² Loi du 22 août 2002 précitée, art. 16, § 2, 4°.

⁸³ A.R. du 1^{er} avril 2003 réglant la composition et le fonctionnement de la Commission fédérale « Droits du patient » instituée par l'article 16 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, art. 7, § 1^{er}, *M.B.*, 13 mai 2003, p. 25596.

⁸⁴ D. FORNACIARI, T. GOFFIN en S. TACK, « Wet 22 augustus 2002 », in *Wet & Duiding Zorginstellingen in de diverse takken van het recht*, Gent, Larcier, 2013, p. 85.

⁸⁵ FONDATION ROI BAUDOIN, *op. cit.*, p. 23.

⁸⁶ M.-N. VERHAEGEN, S. OMBELET, T. VAN HIRTUM, B. DESEYN et A. MARTIN, « Rapport annuel 2018 du service de médiation fédéral "Droits du patient" », disponible sur www.health.f-gov.be, 2019, p. 72.

La Commission fédérale « Droits du patient » joue donc à la fois le rôle d'organe d'évaluation des services de médiation dits locaux, c'est-à-dire ceux institués en hôpital et ceux institués au sein de plates-formes de concertation en santé mentale, et celui de médiateur à part entière via son service de médiation pour les cas résiduels.

Section 2. Les missions des services de médiation

26. Lorsque le patient estime qu'un de ses droits a été violé, il (ou ses proches⁸⁷) déposera plainte par courrier (postal ou électronique), par téléphone ou physiquement soit directement au bureau du médiateur compétent, soit à la direction de l'institution de soins⁸⁸. Dans ce dernier cas, elle transfère directement la plainte au service de médiation compétent⁸⁹. Les modalités spécifiques de l'organisation, du fonctionnement et de la procédure en matière de plaintes de la fonction de médiation sont établies dans un règlement d'ordre intérieur rédigé par le médiateur du service de médiation concerné⁹⁰.

§1. La prévention des demandes d'informations et de médiation

27. Promouvoir la communication. Selon le Gouvernement, la mission prioritaire de la fonction de médiation doit être de prévenir le dépôt de plainte par le biais de la promotion de la communication entre le patient et le praticien professionnel⁹¹. Concrètement, cela signifie qu'une fois saisi, la première chose que le médiateur *a priori* compétent fera est de mettre en contact le patient avec le professionnel de la santé afin qu'ils expriment chacun leurs points de vue et essayent de trouver un terrain d'entente entre eux⁹².

28. Parfois pas possible. Le médiateur ne peut néanmoins pas faire de cet entretien entre le patient et le professionnel une condition *sine qua non* de son intervention, cette communication n'étant absolument pas obligatoire⁹³. En effet, il se peut que la relation entre le patient et le

⁸⁷ La loi autorise en effet que la plainte soit déposée par un proche du patient uniquement dans le cas où ce dernier n'est plus capable de le faire lui-même.

⁸⁸ C. LEVY et C. JACOB, *op. cit.*, pp. 44 et 46, n^{os} 81 et 85.

⁸⁹ Entretien accordé le 8 novembre 2019, par Françoise Claessens, médiatrice à l'Institut Jules Bordet.

⁹⁰ A.R. du 8 juillet 2003 précité, art. 10, al. 1^{er} ; A.R. du 10 juillet 1990 précité, art. 21, al. 1^{er} ; A.R. du 1^{er} avril 2003 précité, art. 7, § 2, al. 1^{er}.

⁹¹ Projet de loi précité, *Doc. parl.*, Sén. sess. ord. 2001-2002, n^o 2-1250/3, p. 13.

⁹² M-N DERÈSE, « Chapitre 8 - La médiation dans les soins de santé », *op.cit.*, p. 272, n^o 12.

⁹³ Projet de loi précité, *Doc. parl.*, Sén. sess. ord. 2001-2002, n^o 2-1250/3, p. 14.

prestataire soit déjà trop détériorée pour que cette phase soit considérée comme étant indispensable dans le processus de médiation⁹⁴.

§2. La médiation des demandes en vue de trouver une solution

29. Intervention du médiateur. Lorsque la situation conflictuelle n'a pas été débloquée par les parties elles-mêmes, celles-ci peuvent solliciter l'intervention du médiateur.

Il faut savoir que peu de dispositions légales s'imposent au médiateur concernant l'organisation de la médiation. En effet, mis à part une obligation pour le médiateur d'enregistrer des données concernant la plainte du patient, d'en accuser réception et de la traiter diligemment dans un délai raisonnable, aucune procédure spécifique n'est prévue⁹⁵. Des modalités supplémentaires peuvent néanmoins être précisées dans le règlement d'ordre intérieur du service de médiation concerné.

A ce stade, alors que l'on s'attend à ce que le médiateur organise et modère une véritable rencontre entre les parties concernées, l'on constate qu'il joue le plus souvent le rôle d'intermédiaire entre elles sans que celles-ci ne le rejoignent autour d'une table⁹⁶. Ceci s'explique principalement par le manque de disponibilité dont fait souvent preuve le praticien professionnel du fait de son emploi du temps fort chargé⁹⁷. En outre, il arrive que les rapports entre le praticien et le patient soient à ce point détériorés qu'ils ne veulent plus se rencontrer⁹⁸. Dans ce cadre, le médiateur encourage les parties à lui exprimer leurs sentiments, leurs attentes et les propositions qu'elles envisagent pour parvenir à un consensus⁹⁹. Soit le patient est satisfait de la réponse du praticien, et la plainte est considérée comme étant réglée, soit il ne l'est pas, et c'est à ce moment que la réunion de médiation s'avère indispensable pour trouver un accord à l'amiable¹⁰⁰.

30. Nécessité d'une rencontre à trois. Les médiateurs sont d'accord pour dire que, même si la rencontre se passe rarement en « présentiel », la solution est toujours plus durable que lorsque

⁹⁴ M-N DERÈSE, « Chapitre 8 - La médiation dans les soins de santé », *op.cit.*, p. 273, n° 12.

⁹⁵ A.R. du 8 juillet 2003 précité, art. 6 et 7.

⁹⁶ M-N. DERÈSE, « Chapitre 8 - La médiation dans les soins de santé », *op.cit.*, p. 274, n° 13.

⁹⁷ Entretien accordé le 8 novembre 2019, par Françoise Claessens, médiatrice à l'Institut Jules Bordet.

⁹⁸ M-N. DERÈSE, « Chapitre 8 - La médiation dans les soins de santé », *op.cit.*, p. 274, n° 13.

⁹⁹ Entretien accordé le 8 novembre 2019, par Françoise Claessens, médiatrice à l'Institut Jules Bordet.

¹⁰⁰ C. LEVY et C. JACOB, *op. cit.*, p. 48, n° 93.

le médiateur joue simplement le rôle d'intermédiaire¹⁰¹. Le médiateur veille alors à ce que la rencontre se déroule sereinement et de manière à ce que les intérêts des deux parties soient pris en compte¹⁰².

Prenons un cas concret pour illustrer cela¹⁰³. En 2017, un oncologue détecte une image radiologique suspecte à la mammographie d'une femme. L'année suivante, cette tâche suspecte est toujours présente mais reste « banale » pour le praticien, et en 2019, un cancer du sein lui est diagnostiqué. Devant le médiateur, l'incompréhension est totale chez la patiente. Pourquoi dès 2017, une ponction cytologique¹⁰⁴ ou une ponction-biopsie¹⁰⁵ dans la zone concernée n'a pas été réalisée ? La communication étant devenue trop houleuse, le médiateur a organisé une rencontre entre le patient, le médecin et le technicien en imagerie médicale. Ils l'ont emmenée devant l'écran d'imagerie afin d'abord qu'elle en comprenne le fonctionnement pour qu'ensuite, elle saisisse la manière dont son diagnostic a été posé. Dès lors, cette femme va faire son traitement en confiance, ce qui n'aurait pas été le cas si elle était restée avec cette idée en tête selon laquelle il y avait une erreur médicale qu'on essayait de lui cacher.

§3. L'information quant aux autres possibilités en matière de règlement de conflits

31. Principe. Lorsque la médiation n'a pas permis de dégager une solution satisfaisante ou lorsque la plainte n'est tout simplement pas de son ressort, le rôle du médiateur va être d'informer le patient des procédures de gestion des plaintes alternatives qui s'offrent à lui¹⁰⁶.

32. Diverses possibilités. Le médiateur va alors rediriger le patient vers l'organisme qu'il estime compétent au regard des attentes spécifiques du patient mécontent. Parmi les « services relais » recensés par la Commission fédérale « Droits du patient », se retrouvent inévitablement les procédures judiciaires civiles ou pénales, mais aussi d'autres types de médiation, à savoir celle instaurée par le Code judiciaire ou celle instituée en matière d'assurance. En outre, le patient peut envisager une procédure devant le Fonds des accidents médicaux¹⁰⁷, les services

¹⁰¹ L'ensemble des médiateurs interrogés.

¹⁰² Code de bonne conduite du médiateur agréé, art. 19.

¹⁰³ Médiateur interrogé souhaitant garder son identité anonyme.

¹⁰⁴ Prélèvement de cellules.

¹⁰⁵ Prélèvement de tissus.

¹⁰⁶ Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, précitée, art. 11, § 1^{er}, 3^o.

¹⁰⁷ Lorsque le patient réclame l'indemnisation d'un dommage subi à la suite d'une intervention médicale (C. LEVY et C. JACOB, *op. cit.*, p. 22, n^o 39).

d'inspection relevant des Communautés et des Régions¹⁰⁸, les mutualités¹⁰⁹, l'Ordre des médecins¹¹⁰ ou encore les commissions médicales provinciales¹¹¹. Le médiateur doit donc connaître la compétence et le rôle précis de chacun de ces services s'il veut fournir une information pertinente au patient¹¹².

33. Médiation comme alternative. Notons d'emblée qu'il sera très rare en réalité que le médiateur « Droits du patient » redirige le patient vers une autre médiation¹¹³. Si une bonne communication entre le patient et le prestataire de soins n'a pas pu être rétablie en vue de trouver une solution à l'amiable au terme d'une médiation dans les soins de santé, il serait difficile de croire qu'une autre médiation amène à un meilleur résultat. En effet, le succès de toute médiation se base sur la volonté délibérée de chaque partie d'y participer. Il suffit dès lors que l'une d'entre elles refuse de collaborer pour que le processus soit voué à l'échec et qu'aucun médiateur (agréé ou pas) ne puisse constituer une alternative meilleure. Cependant, bien que cela soit vrai au niveau relationnel, nous verrons que les garanties qui entourent le processus de la médiation du Code judiciaire constituent un complément nécessaire dans la gestion des conflits dans le secteur de la santé, notamment dans le cadre de la réparation d'un dommage (ci-après, nos 54 et s., en particulier n° 66).

§4. La formulation de recommandations

34. Recommandations. La loi du 22 août 2002 énonce que parmi les compétences du médiateur, il y a aussi celle de formuler des recommandations, et ce afin d'« éviter que les manquements susceptibles de donner lieu à une plainte ne se reproduisent »¹¹⁴. En effet, au travers des plaintes qu'il reçoit, il est le plus à même de remarquer les dysfonctionnements d'ordre structurel ou non au sein de l'institution¹¹⁵. Le législateur lui donne alors la mission

¹⁰⁸ Lorsque le patient se plaint des conditions d'hygiène ou des critères de qualité des soins d'une institution (*Ibidem*).

¹⁰⁹ Lorsque le patient se plaint d'une facture ou d'une attestation de soins (*Ibidem*).

¹¹⁰ Lorsque le patient met en cause la déontologie du praticien professionnel (*Ibidem*).

¹¹¹ Lorsque le patient se plaint de l'incapacité psychique ou physique du praticien professionnel de poursuivre sa profession (*Ibidem*).

¹¹² M.-N. VERHAEGEN, V. DEBREYNE, S. OMBELET et T. VAN HIRTUM., « Rapport annuel 2017 du service de médiation fédéral "Droits du patient" », disponible sur www.health.f-gov.be, 2018, p. 34.

¹¹³ Entretien accordé le 24 janvier 2020, par Maria Alvares-Baranga, médiatrice aux cliniques universitaires de Saint-Luc.

¹¹⁴ Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient précitée, art. 11, § 1^{er}, 5^o.

¹¹⁵ G. SCHAMPS et M.-N. DERÈSE, « La médiation dans les soins de santé : un mode alternatif de prévention et de résolution des conflits dans la relation entre le patient et le praticien professionnel », in *La flexibilité des sanctions*, Bruxelles, Bruylant, 2012, p. 453.

d'élaborer des propositions pour éviter que les mêmes problèmes ne resurgissent à l'avenir¹¹⁶. Cette mission s'inscrit en réalité dans la continuité de celle qu'a le médiateur de prévenir des demandes d'informations et de médiation¹¹⁷.

35. Rapports d'activités. Chaque année, les arrêtés royaux d'exécution de la loi du 22 août 2002 relatifs aux trois formes de services de médiation disposent que les médiateurs ont l'obligation d'établir un rapport avec un relevé du nombre de plaintes qu'ils ont reçues, renvoyées et traitées durant l'année civile qui précède¹¹⁸. Concernant celles qu'ils examinent, l'objet de chacune d'entre elles ainsi que son résultat doivent être mentionnés¹¹⁹. Le rapport peut contenir les recommandations que les médiateurs préconisent au vu des difficultés rencontrées dans la pratique¹²⁰.

Selon le service de médiation auteur du rapport annuel, celui-ci sera transmis à des autorités distinctes, avec comme exception que tous sont automatiquement transférés à la Commission fédérale « Droits du patient »¹²¹. Ainsi, le rapport du service de médiation fédéral est destiné au ministre de la santé publique¹²², ceux des services de médiation hospitaliers sont adressés au gestionnaire, au médecin-chef, à la direction et au conseil médical de l'hôpital¹²³ et enfin, les rapports des médiateurs des plates-formes de concertation en santé mentale doivent être communiqués au comité de celles-ci¹²⁴.

Ce transfert a l'avantage de conscientiser les différentes autorités concernées aux difficultés du système de la médiation dans les soins de santé. Le but étant alors que celles-ci prennent des mesures à leur niveau de pouvoir et dans leur domaine de compétence respectif.

Section 3. Nature de la médiation

¹¹⁶ *Ibidem*.

¹¹⁷ Projet de loi précité, *Doc. parl.*, Sén. sess. ord. 2001-2002, n° 2-1250/3, p. 58.

¹¹⁸ A.R. du 8 juillet 2003 précité, art. 9, § 1^{er} ; A.R. du 10 juillet 1990 précité, art. 20, § 1^{er} ; A.R. du 1^{er} avril 2003 précité, art. 14, § 1^{er}.

¹¹⁹ *Ibidem*.

¹²⁰ G. SCHAMPS et M.-N. DERÈSE, *op. cit.*, p. 454.

¹²¹ A.R. du 8 juillet 2003 précité, art. 9, § 2, 2^o ; A.R. du 10 juillet 1990 précité, art. 20, § 2, 2^o ; A.R. du 1^{er} avril 2003 précité, art. 14, § 2.

¹²² A.R. du 1^{er} avril 2003 précité, art. 14, § 2.

¹²³ A.R. du 8 juillet 2003 précité, art. 9, § 2, 1^o.

¹²⁴ A.R. du 1^{er} avril 2003 précité, art. 20, § 2, 1^o.

36. Contours de la question. On le voit, au-delà de la relation de soins détériorée, voire rompue, la médiation contribue en réalité à l'amélioration du fonctionnement et de l'image (de la qualité) du domaine des soins de santé dans lequel cette relation se tisse. Dès lors, la question est de savoir si le système des soins de santé, dont la médiation en constitue un outil d'amélioration, peut être considéré comme une institution. Si tel est le cas, nous pourrions parler d'une « médiation institutionnelle ».

37. Qu'entendre par « institution » ? La majorité de la doctrine a tendance à interpréter la notion d'« institution » comme se référant de manière exclusive aux assemblées législatives, et parlent alors de « médiations institutionnelles » pour désigner celles qui sont liées à celles-ci dans le but de régir la relation entre l'administré et l'administration en question¹²⁵. L'on remarque cependant qu'une telle conception ne permettrait pas d'englober la médiation mise en place dans le domaine des soins de santé¹²⁶. Il est donc nécessaire, dans ce cadre, d'entendre la notion d'« institution » plus largement, comme celle de la « chose instituée (*personne morale, groupement, régime*¹²⁷) », c'est-à-dire la chose créée, établie¹²⁸.

38. Boucle bouclée. Selon Marie-Noëlle Derèse, la double finalité de la médiation « Droits du patient » découle ainsi du fait que « la relation de soins » peut être qualifiée de « relation de service » et la médiation dans les soins de santé, de « médiation institutionnelle »¹²⁹.

¹²⁵ J. CRUYPLANTS, M. GONDA et M. WAGEMANS, *Droit et pratique de la médiation*, Bruxelles, Bruylant, 2008, pp. 18-19 ; D. RENDERS et T. BOMBOIS, « La médiation en droit public », in *La médiation. Voie d'avenir aux multiples facettes ou miroir aux alouettes ?* (sous la dir. de P.-P. RENSON), Actes du colloque tenu à Gosselies le 29 mai 2008, Bruxelles, Anthémis, 2008, pp. 142-144.

¹²⁶ M.-N. DERÈSE, *La médiation dans les soins de santé : enjeux et perspectives*, op. cit., p. 132, n° 112.

¹²⁷ Dictionnaire Larousse en ligne.

¹²⁸ M.-N. DERÈSE, *La médiation dans les soins de santé : enjeux et perspectives*, op. cit., p. 132, n° 112.

¹²⁹ M.-N. DERÈSE, *La médiation dans les soins de santé : enjeux et perspectives*, op. cit., p. 900, n° 775.

Titre II. Questionnement des prérequis de la médiation institutionnelle au regard de la médiation instaurée par le Code judiciaire

39. Il est évident que comme dans tout conflit, la communication entre les parties est une des clefs de voûte de la compréhension mutuelle et donc de la résolution à l'amiable du différend. De nombreux conflits prennent une ampleur disproportionnée par rapport aux griefs initiaux par simple manque de communication et d'ouverture d'esprit entre les parties.

40. Lorsque la discussion bipartite ne permet pas d'apaiser les tensions, il est parfois nécessaire qu'un tiers neutre permette aux parties de prendre du recul sur la situation et de la voir sous un nouvel angle.

Nous sommes bien conscients qu'un praticien professionnel ne dispose pas forcément du temps à consacrer pour expliquer en personne ses faits et gestes à chaque patient mécontent. Cependant, bénéficiera-t-il davantage de temps lorsque le patient entamera une procédure en justice à son encontre ? C'est ici tout l'intérêt pour celui-ci de se montrer disponible lorsque le patient exprime un mécontentement et de s'investir dans le processus de règlement du conflit.

A cet égard, bien que des échanges de mails puissent être un bon préalable à la réunion de médiation en terme d'information, ils ne semblent pas être l'outil approprié pour permettre un échange constructif entre les parties et leur permettre d'exprimer leurs points de vue. *In fine*, la médiation gagnerait en efficacité et en temps de procédure si les parties avaient l'occasion de se réunir et de se parler en face-à-face.

41. Une fois l'importance des rencontres physiques établie, nous pouvons nous pencher sur les différentes garanties nécessaires au processus de médiation. Afin d'y parvenir, nous comparerons le cadre de la médiation instaurée par la loi relative aux droits du patient avec celui de la médiation du Code judiciaire.

Chapitre I. La portée de la médiation

42. Nonobstant les différences de fond que nous développerons *infra*, l'on constate d'emblée des disparités entre la médiation du Code judiciaire et celle instaurée dans les soins de santé sur le plan de sa publicité (section 1), de son champ d'application (section 2) mais surtout de sa

mission (section 3). Afin de mener à bien cette confrontation, il est nécessaire dans un premier temps de définir la nature des sujets de celle-ci.

On le sait, la médiation instaurée par la loi du 21 février 2005 est de deux types. D'une part, il y a la médiation *judiciaire*, « ordonnée » par le juge, soit de sa propre initiative, mais avec l'accord des parties, soit à la demande conjointe de celles-ci¹³⁰ et d'autre part, il y a la médiation *extrajudiciaire*, organisée par les parties elles-mêmes, « avant, au cours de ou après un procès, mais sans intervention d'un magistrat en ce qui concerne son organisation »¹³¹.

Parallèlement à ces deux types de médiations, il a la médiation *libre*¹³². Dans ce cas, les parties font appel à un tiers de leur plein gré, en dehors de l'intervention d'un juge, afin de régler leur litige¹³³. Bien qu'étant soumis aux exigences fondamentales de la pratique de la médiation (écoute et recherche des intérêts communs), la personne tierce n'est pas tenue de respecter les exigences plus strictes prévues dans le cadre de la médiation du Code judiciaire¹³⁴. Puisqu'elle intervient en dehors de l'intervention d'un juge et pour les raisons que nous développons dans les prochains chapitres, l'on peut conclure que la médiation institutionnelle appartient à cette dernière catégorie.

Ceci étant fixé, il apparaît alors que la comparaison entre la médiation institutionnelle et la médiation extrajudiciaire s'avère être la plus pertinente pour la suite de ce mémoire.

Section 1. La publicité de la médiation

43. Principe. Comme nous l'avons vu, depuis l'entrée en vigueur de la loi du 18 juin 2018, le processus de médiation est devenu une étape presque indispensable dans la résolution des litiges¹³⁵. Que ce soit avant ou pendant la procédure en justice, les différents acteurs de celle-ci ont le devoir de favoriser un mode de résolution du litige à l'amiable et d'informer le justiciable des différentes possibilités qui s'offrent à lui à cet égard. Force est de constater qu'à l'heure

¹³⁰ LEVY C. et JACOB C., *op. cit.*, p. 17, n° 29.

¹³¹ P. VAN LEYNSEELE, *op. cit.*, p. 879.

¹³² LEVY C. et JACOB C., *op. cit.*, p. 20, n°s 35 et 36.

¹³³ *Ibidem*.

¹³⁴ *Ibidem*.

¹³⁵ S. GRIESS, « La médiation : une étape désormais (presque) indispensable dans le traitement des litiges », disponible sur www.lexogo.be, 30 août 2018.

actuelle, la médiation institutionnelle ne semble pas être considérée de la même manière que celle instaurée par le Code judiciaire¹³⁶.

44. Grand public. Il suffit de parler autour de nous de la possibilité de porter plainte auprès des services de médiation instaurés par la loi du 22 août 2002 pour constater une méconnaissance de leurs existences¹³⁷. Il arrive aussi parfois que la fonction de médiation soit mal connue, c'est-à-dire que les patients s'attendent à ce que le médiateur tranche leur conflit à la manière d'un juge, ce qui, comme nous l'avons vu, n'est évidemment pas le cas¹³⁸. Le fait que certains praticiens dans le milieu des soins de santé ne soient pas encore au courant de son existence est d'autant plus regrettable¹³⁹.

La promotion des services de médiation, via la mise à disposition de brochures informatives à l'accueil des établissements de soins (et via leurs sites internet) et dans la salle d'attente des cabinets privés, ou encore via des campagnes d'information lancées à l'initiative du SPF Santé publique, ne semble pas suffisante pour accroître sa visibilité et en comprendre son fonctionnement¹⁴⁰. Enfin, bien que les avocats doivent désormais informer leurs clients de l'existence des MARC et favoriser le règlement à l'amiable du litige¹⁴¹, nous ne sommes pas certains qu'ils mentionnent régulièrement l'existence de la fonction de médiation « Droits du patient » lorsqu'ils se trouvent face à un patient mécontent. En effet, outre le fait que la majorité d'entre eux ne la connaissent tout simplement pas¹⁴², les prochains chapitres démontrent qu'elle ne peut être perçue à l'heure actuelle comme une véritable alternative à la procédure en justice.

45. Processus encouragé par le juge. Le manque d'information des parties avant le début du procès peut être pallié par le fait que désormais, en tout état de la procédure, le juge saisi d'un litige a le devoir de favoriser un mode de résolution amiable des litiges¹⁴³. En effet, lors de l'audience d'introduction ou lors d'une audience fixée à date rapprochée, le juge peut demander

¹³⁶ FONDATION ROI BAUDOIN, *op. cit.*, p. 27

¹³⁷ FONDATION ROI BAUDOIN, *op. cit.*, p. 27.

¹³⁸ Entretien accordé le 24 janvier 2020, par Maria Alvares-Baranga, médiatrice aux cliniques universitaires de Saint-Luc.

¹³⁹ FONDATION ROI BAUDOIN, *op. cit.*, p. 27.

¹⁴⁰ Entretien accordé le 7 novembre 2019, par Mathieu Vanderheyden, médiateur au CHU Brugmann.

¹⁴¹ V. LESSELIERS, « 7 redenen waarom de nieuwe wet op de bemiddeling belangrijk is voor het notariaat », *T. Not.*, 2019/3, p. 220 ; A. DEJOLLIER, « Réforme du Code judiciaire en vue de promouvoir des formes alternatives de résolution des litiges : des hauts et débats », in *Actualités législatives en droit de la personne et de la famille* (sous la dir. de J. JOSSON), Bruxelles, Larcier, 2018, p. 228, n° 7).

¹⁴² Entretien accordé le 15 juin 2020, par Marie-Noëlle Derèse, magistrate au Parquet de Bruxelles, ayant effectué une thèse de doctorat sur la médiation dans les soins de santé.

¹⁴³ C. jud., art. 730/1, § 1^{er}.

aux parties si elles ont envisagé l'idée de résoudre leur conflit à l'amiable, avant de se présenter devant lui et si pas, les informer de cette possibilité¹⁴⁴. A cet égard, il peut ordonner la comparution personnelle des parties¹⁴⁵. Il a alors le choix de remettre la cause à date fixe, s'il l'estime utile ou si l'une des parties le demande ou lorsqu'il pense qu'un rapprochement est possible¹⁴⁶. Cette période d'un mois maximum doit permettre aux parties de recueillir (par le biais du juge) toutes les informations utiles afin de déterminer si leur litige peut être résolu à l'amiable¹⁴⁷. L'on pourrait alors imaginer à ce stade que, saisi d'une plainte d'un patient à l'encontre d'un praticien, le juge informe les parties concernées de l'existence du médiateur institué par la loi du 22 août 2002. Cependant, à l'heure actuelle, il ne fait nul doute que les magistrats recommandent davantage la médiation consacrée par le Code judiciaire que celle instituée dans les soins de santé, et ce pour les mêmes raisons que l'avocat¹⁴⁸. La plupart des règlements d'ordre intérieur des services de médiation dans les soins de santé prévoient d'ailleurs que le médiateur doit se déclarer incompétent dès qu'une procédure en justice est entamée¹⁴⁹.

46. Perspectives. Au vu de ce que nous venons de constater, nous pensons d'abord qu'il est nécessaire de mettre en place une politique d'information proactive, c'est-à-dire à l'échelle du « grand public », car « toute personne est potentiellement patiente et amenée à plusieurs reprises au cours de sa vie à entamer une relation de soins de santé avec un prestataire »¹⁵⁰. Cela signifie que le mécanisme de médiation doit être promu au moment où la personne n'est pas encore entrée dans le système des soins de santé¹⁵¹. L'on pense alors à l'accroissement des campagnes de sensibilisation par le biais de la presse écrite ou télévisuelle par exemple.

¹⁴⁴ C. jud., art. 730/1, § 2, al. 1^{er}.

¹⁴⁵ C. jud., art. 730/1, § 2, al. 1^{er}.

¹⁴⁶ C. jud., art. 730/1, § 2, al. 2.

¹⁴⁷ L.-A. GULTENS, *La loi du 18 juin 2018 est-elle une énième tentative, pleine de promesses utopiques, ou une intervention législative nécessaire et utile au désengorgement des tribunaux ?*, Mémoire, Université catholique de Louvain, 2019, p. 22.

¹⁴⁸ Entretien accordé le 15 juin 2020, par Marie-Noëlle Derèse, magistrate au Parquet de Bruxelles, ayant effectué une thèse de doctorat sur la médiation dans les soins de santé.

¹⁴⁹ Le règlement d'ordre intérieur de la plate-forme de concertation en santé mentale du Brabant wallon est le seul (parmi ceux consultés) qui prévoit que « Le médiateur ne peut pas traiter une interpellation si celle-ci fait l'objet d'une procédure judiciaire en cours sauf si le magistrat chargé du traitement de cette interpellation a accordé un délai aux parties pour tenter une médiation. Toute plainte, en cours d'examen, sera immédiatement clôturée si une action en justice est introduite » (J. RENTMEESTERS, « Règlement d'ordre intérieur de la plate-forme de concertation en santé mentale du Brabant wallon », disponible sur www.pfsmbw.be, 14 octobre 2019).

¹⁵⁰ M.-N. DERÈSE, *La médiation dans les soins de santé : enjeux et perspectives*, op. cit., p. 995, n° 858.

¹⁵¹ *Ibidem*.

En outre, dès le moment où l'utilisateur devient patient, il doit être au courant de l'existence de ses droits et de la possibilité de porter plainte en cas de méconnaissance de l'un d'eux¹⁵², tout en veillant à ce que cette communication n'incite pas le patient à abuser du système¹⁵³. En réalité, nous sommes d'avis que l'information doit être fournie avant tout par le praticien qui prend en charge le patient¹⁵⁴. Lorsque le conflit surgit et qu'il s'avère que le dialogue n'est plus possible entre les deux parties, des intervenants extérieurs pourraient alors fournir une information plus spécifique au cas en question¹⁵⁵. Il est intéressant de remarquer à cet égard l'initiative qu'ont pris certains pays, comme le Canada ou les Pays-Bas, de mettre en place des structures d'information indépendantes organisant une permanence téléphonique, afin que le patient obtienne une information personnalisée sur le système de gestion des plaintes¹⁵⁶. Enfin, dans le cas où le patient décide d'entamer une procédure en justice, tant l'avocat spécialisé en responsabilité et en droit de la santé que le juge doivent promouvoir ce mode de résolution des conflits¹⁵⁷. A cette fin, une communication papier et électronique au sein des palais de justice et éventuellement dans le cadre des cours CAPA des jeunes avocats peut être envisagée.

Section 2. Champ d'application personnel et matériel

47. Principe. Les droits du patient (ci-avant, n° 16) dont le respect est assuré par les services de médiation sont nécessairement relatifs au champ d'application de la loi du 22 août 2002 qui les instaure. Il est donc essentiel dans un premier temps de tracer les contours exacts de ce dernier afin de déterminer dans quels cas un patient mécontent peut avoir recours aux services du médiateur.

48. Champ d'application de la loi. La loi du 22 août 2002 s'applique « aux rapports juridiques (contractuels et extra-contractuels) de droit privé et de droit public dans le domaine des soins de santé dispensés par un praticien professionnel à un patient »¹⁵⁸. « Si le rapport contractuel est certain en *médecine libérale ambulatoire*, il est plus implicite, voire absent, en *médecine*

¹⁵² FONDATION ROI BAUDOIN, *op. cit.*, p. 35.

¹⁵³ *Ibidem*.

¹⁵⁴ *Ibidem*.

¹⁵⁵ *Ibidem*.

¹⁵⁶ *Ibidem*, p. 38.

¹⁵⁷ M.-N. DERÈSE, *La médiation dans les soins de santé : enjeux et perspectives*, *op. cit.*, p. 995, n° 859.

¹⁵⁸ Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient précitée, art. 3.

hospitalière ; il n'y a notamment pas de véritable contrat si le patient est inconscient ou incapable de consentir, ou si les soins sont pratiqués en urgence »¹⁵⁹.

§1. *Ratione personae*

49. Notions. Le *praticien professionnel* est défini par la loi¹⁶⁰ comme étant d'une part, celui « visé à l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions de soins de santé¹⁶¹ », c'est-à-dire celui qui pratique l'art médical, l'art pharmaceutique, l'art infirmier, la kinésithérapie, la psychologie clinique, l'orthopédagogie clinique, la profession de sage-femme ou une profession paramédicale¹⁶², et d'autre part, comme celui « ayant une pratique non conventionnelle, telle que visée dans la loi du 29 avril 1999¹⁶³ », à savoir l'homéopathie, la chiropractie, l'ostéopathie et l'acupuncture¹⁶⁴. Dès lors, tout ajout d'une profession à la liste dudit arrêté ou de ladite loi aura pour effet de soumettre ce nouveau praticien au respect de la loi sur les droits du patient¹⁶⁵ et l'exposera de ce fait au risque de devoir justifier de ses actes notamment devant le médiateur compétent. En pratique, il faut savoir que dans l'ensemble du pays, les plaintes concernent le plus souvent les médecins et le personnel infirmier¹⁶⁶.

Le *patient*, quant à lui, est défini comme « la personne physique à qui des soins de santé sont dispensés, à sa demande ou non »¹⁶⁷. Cette dernière précision permet d'y inclure les soins de santé administrés à la demande de son représentant¹⁶⁸ (par exemple lorsqu'il s'agit d'un patient

¹⁵⁹ GENICOT G., *Droit médical et biomédical*, 2^e éd., Bruxelles, Larcier, 2016, p. 126. Sur ce sujet, voy. entre autres T. VANSWEEVELT, *La responsabilité des professionnels de la santé*, vol. 1, Bruxelles, Kluwer, 2015, pp. 7-13.

¹⁶⁰ Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient précitée, art. 2, 3^o.

¹⁶¹ A.R. n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, *M.B.*, 14 novembre 1967, p. 11881, devenu la Loi du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé, *M.B.* 18 juin 2015, p. 35172.

¹⁶² L'ambulancier de transport non urgent de patients, l'assistant pharmaceutique-technique, l'audiologue, le bandagiste / orthésiste / prothésiste, le diététicien, l'ergothérapeute, l'hygiéniste bucco-dentaire, le logopède, l'orthoptiste-optométriste, le podologue, le technologue de laboratoire médical et le technologue en imagerie médicale (A.R. du 2 juillet 2009 établissant la liste des professions paramédicales, *M.B.*, 17 août 2009, p. 54403).

¹⁶³ Loi du 29 avril 2009 relative aux pratiques non conventionnelles dans le domaine de l'art médical, de l'art pharmaceutique, de la kinésithérapie, de l'art infirmier et des professions paramédicales, *M.B.*, 24 juin 1999, p. 23793.

¹⁶⁴ ASSOCIATION BELGE DES SYNDICATS MÉDICAUX, « Les pratiques non-conventionnelles », disponible sur www.absym-bvas.be, 2 mai 2013.

¹⁶⁵ Y.-H. LELEU, « La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient », *J.T.*, 2003/31, n° 6109, p. 650, n° 4.

¹⁶⁶ C. LEVY et C. JACOB, *op. cit.*, p. 51, n° 101.

¹⁶⁷ Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient précitée, art. 2, 1^o.

¹⁶⁸ Y.-H. LELEU, *op. cit.*, p. 650, n° 2.

mineur), à la demande d'un tiers¹⁶⁹ (par exemple dans une situation de contrôle prévue par la réglementation sociale) ou tout simplement sans demande dans le cas des urgences¹⁷⁰.

Lors de l'adoption de la loi, la question s'est posée de savoir si la relation entre un patient et une *institution de soins* était protégée au même titre que celle qu'il pouvait entretenir avec un praticien professionnel¹⁷¹. Finalement, il a été décidé que chaque hôpital doit respecter les dispositions de la loi sur les droits du patient en son sein, en tous cas « pour ce qui concerne les aspects médicaux, infirmiers et d'autres pratiques professionnelles de soins dans ses relations juridiques avec le patient »¹⁷²⁻¹⁷³. Chaque institution doit également veiller à ce que les praticiens professionnels qui travaillent en son sein et qui ne sont pas nommés statutairement ou sur la base d'un contrat de travail respectent aussi les droits du patient¹⁷⁴.

50. Exclusions. Ceci étant établi, l'on peut regretter que certaines professions dans les soins de santé ne soient pas encore comprises dans la notion de « praticiens ». C'est le cas des psychologues, psychanalystes, des sexologues, des assistants sociaux et des aides aux personnes d'une maison de repos et de soins, qui sont exclus du champ d'application de la loi¹⁷⁵. L'on remarque à cet égard qu'il s'agit principalement de professions exercées dans le domaine de la santé mentale. En outre, en ce qui concerne les pratiques non conventionnelles visées par la loi, seule celle d'homéopathie a fait l'objet d'un arrêté royal d'exécution jusqu'à aujourd'hui¹⁷⁶. Les trois autres professions mentionnées ci-dessus ne sont pas encore concernées par la loi relative aux droits du patient¹⁷⁷.

A côté de cela, certaines personnes n'entrent pas dans la notion de « patient » tel qu'il est défini par la loi. Il s'agit notamment de la situation d'un patient décédé, dont les proches ne se voient

¹⁶⁹ S. DEFLOOR, « Hoofdstuk V - De rechten van de (kandidaat-)verzekerde als patiënt », in *Het gebruik van medische informatie in private verzekeringen*, Anvers, Intersentia, 2014, p. 253.

¹⁷⁰ Y.-H. LELEU, *op. cit.*, p. 650, n° 2.

¹⁷¹ *Ibidem*.

¹⁷² Loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987 précitée, art. 17*novies*, al. 1^{er} ; Loi sur les hôpitaux et autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008 précitée, art. 30, al. 1^{er}.

¹⁷³ « Par exemple, la responsabilité de l'hôpital peut être mise en cause lorsqu'il est possible d'établir qu'il y a des directives au sein de l'hôpital qui ne respectent pas les droits du patient ou qui ne respectent pas l'état actuel des connaissances en maintenant des pratiques périmées » (Entretien accordé à Pauline Jassogne (étudiante à l'UCL) le 28 mai 2020, par G. GENICOT, avocat en droit de la responsabilité médicale).

¹⁷⁴ Loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987 précitée, art. 17*novies*, al. 1^{er} ; Loi sur les hôpitaux et autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008 précitée, art. 30, al. 1^{er}.

¹⁷⁵ FONDATION ROI BAUDOIN, *op. cit.*, p. 25.

¹⁷⁶ SPF SANTÉ PUBLIQUE, SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT, « Pratiques non conventionnelles », disponible sur www.health.belgium.be, 27 janvier 2016.

¹⁷⁷ FONDATION ROI BAUDOIN, *op. cit.*, p. 25.

subrogés dans aucun de ses droits¹⁷⁸. Notons que dans ce dernier cas, il est en réalité très difficile pour le médiateur de débouter la famille, étant donné la situation douloureuse¹⁷⁹.

En outre, au vu du champ d'application personnel de la loi tel que nous venons de le définir, la médiation instituée au sein des soins de santé n'est pas compétente pour résoudre un conflit qui viendrait à surgir entre deux praticiens. Selon nous, bien que la fonction de médiation ait été établie en tant que droit du patient, il en va de l'intérêt de tous, et particulièrement de celui du patient, qu'elle soit élargie à la relation professionnelle entre les praticiens. En effet, les patients ressentent les tensions qui existent au sein d'un service de soins, et sont donc les premiers à en subir les conséquences. Bien qu'il faille être attentif à ne pas positionner le médiateur dans une situation embarrassante, la gestion de ces conflits permettrait en définitive une meilleure qualité des soins.

51. Alternative. Toutes les fois où le médiateur est tenu de se déclarer incompétent, il devra rediriger le patient (ou le praticien qui met en cause le comportement d'un autre) vers un autre organisme. Pour régler le conflit à l'amiable, la médiation extrajudiciaire constitue alors une alternative. Tant les patients que le praticien ou leurs compagnies d'assurance, peuvent initier une telle médiation, pour autant évidemment que toutes les personnes impliquées y consentent¹⁸⁰. Une institution de soins peut également être partie à la cause puisque la loi du 18 juin 2018 a élargi son domaine d'action aux personnes morales de droit public¹⁸¹.

§2. *Ratione materiae*

52. Notion. Les *soins de santé* tels qu'évoqués *supra* sont définis de manière très large, puisqu'ils visent les « services dispensés par un praticien professionnel en vue de promouvoir, de déterminer, de conserver, de restaurer ou d'améliorer l'état de santé d'un patient ou de l'accompagner en fin de vie »¹⁸². La loi englobe donc tant la situation dite classique d'un patient qui s'adresse à son médecin en vue d'être examiné et traité, que la relation du patient avec le praticien dans le cadre de la médecine du travail, la médecine d'assurance et la médecine

¹⁷⁸ Entretien accordé le 8 novembre 2019, par Françoise Claessens, médiatrice à l'Institut Jules Bordet.

¹⁷⁹ *Ibidem*.

¹⁸⁰ LEVY C. et JACOB C., *op. cit.*, p. 16, n° 26.

¹⁸¹ M. BERTRAND, *op. cit.*

¹⁸² Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient précitée, art. 2, 2°.

d'expertise¹⁸³. De plus, contrairement à la relation entre le patient et l'institution de soins, les aspects administratifs y sont inclus¹⁸⁴.

53. Types de plainte. La demande de médiation doit alors concerner la méconnaissance d'un droit du patient instauré par la loi dans le cadre des soins de santé qui lui ont été dispensés. Le plus souvent, c'est la violation du droit à des prestations de qualité (actes techniques médicaux posés et attitude du praticien concerné) et à être informé qui est invoquée¹⁸⁵. Certains médiateurs « Droits du patient » se plaignent (et cela est certainement lié aux manques d'information des services de médiation en général) d'être constamment confondus avec le service juridique, le service des assurances ou le service administratif. En guise d'illustration, ils disent être sollicités par les patients à propos de vols, d'irrégularités dans leurs factures ou encore de « banalités », telle qu'une ampoule cassée dans un couloir ou une contestation de ticket de parking. Face à cela, certaines institutions prennent le pli d'engager une personne pour « filtrer » les plaintes et les renvoyer directement au service compétent le cas échéant.

Section 3. La mission de la médiation

54. Limite de la mission : indemnisation. Lorsqu'un des droits du patient a été méconnu, nous l'avons vu, la mission principale de la médiation institutionnelle est de rétablir la communication entre les parties concernées. Si cela peut être suffisant lorsque le patient cherche à obtenir des explications et éclaircissements de la part du praticien, la médiation montre rapidement ses limites lorsqu'il souhaite obtenir la réparation matérielle d'un dommage suite la violation d'un ou plusieurs de ses droits¹⁸⁶.

¹⁸³ Y.-H. LELEU, *op. cit.*, p. 650, n° 7.

¹⁸⁴ *Ibidem*.

¹⁸⁵ M.-N. VERHAEGEN, V. DEBREYNE, S. OMBELET et T. VAN HIRTUM, *op. cit.*, p. 20.

¹⁸⁶ **Précisons qu'une telle demande intervient principalement lorsqu'une faute technique médicale de la part du praticien professionnel est suspectée, c'est-à-dire celle qui consiste dans la violation du droit à des prestations de qualité. En réalité, l'indemnisation pour la violation des autres droits est difficile à obtenir. Prenons le droit à l'information ou au consentement comme exemple. D'une part, il est rare que les informations transmises au patient et l'obtention de son consentement fassent l'objet d'un écrit, et d'autre part, la jurisprudence montre que le lien de causalité entre la violation de ces droits et le dommage est compliqué à démontrer si aucune autre faute n'a été commise par le praticien professionnel** (G. GENICOT, *Droit médical et biomédical, op. cit.*, p. 545 ; G. GENICOT., « Le manquement du médecin à son devoir d'information cause un préjudice autonome », *J.T.*, 2011/6, n° 6424, pp. 110-113 ; Projet de loi relatif à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé, Exposé des motifs, *Doc. parl.*, sess. ord. 2009-2010, n° 52-2240/001, p. 6).

55. Enjeux. En réalité, la question de l'indemnisation demande dans un premier temps de définir l'origine du dommage et de voir s'il trouve sa cause dans une prestation de soins. Si c'est effectivement le cas, il s'agira dans un deuxième temps, de déterminer si la responsabilité du praticien professionnel ou de l'institution de soins doivent être mises en cause¹⁸⁷. Sur base de ces deux éléments, il sera alors possible de savoir si une indemnisation a lieu d'être et de trancher à qui incombe l'obligation de paiement.

56. Absence de garanties et de moyens. Force est de constater, et nous allons le voir dans les prochains chapitres, que les médiateurs « Droits du patient » ne sont pas à l'heure actuelle suffisamment qualifiés et ne disposent pas des outils appropriés pour gérer les enjeux d'un tel dossier¹⁸⁸. Ils se voient donc dans l'obligation de rediriger le patient vers un organisme extérieur qualifié pour traiter ce type de demande¹⁸⁹. A cet égard, il nous semble pertinent de retracer l'évolution des mécanismes d'indemnisation des patients, afin de mieux comprendre les enjeux et de déterminer le rôle que pourrait éventuellement jouer la médiation instituée dans les soins de santé.

§1. Historique

57. Article 1382 du Code civil. Dans un premier temps, le patient se tournait vers le régime commun de la responsabilité civile¹⁹⁰. Cependant, il s'est vite avéré que celui-ci n'était pas adéquat tant pour les patients lésés, les prestataires de soins que pour les assureurs de ces derniers¹⁹¹.

D'une part, les patients préjudiciés peinaient à apporter la preuve de la faute et du lien causal entre celle-ci et leur dommage¹⁹². D'abord, les dommages résultant des soins de santé peuvent

¹⁸⁷ **Le critère de l'appréciation de la faute est identique en matière contractuelle et extra-contractuelle, à savoir celui du médecin normalement prudent et diligent placé dans les mêmes circonstances** (Civ. Mons, 4 novembre 1980, *R.G.A.R.*, 1982, p. 467). Sur ce sujet, voy. entre autres X. THUNIS, *Théorie générale de la faute. La faute civile, un concept polymorphe, in Responsabilités. Traité théorique et pratique*, vol. 1, Bruxelles, Kluwer, 2001, p. 22, n° 27 ; B. DUBUISSON, V. CALLEWAERT, B. De CONINCK et G. GATHEM, *La responsabilité civile. Chronique de jurisprudence 1996-1997. Volume 1 : le fait générateur et le lien causal*, Bruxelles, Larcier, 2009 ; T. VANSWEEVELT et B. WEYTS, *Handboek Buitencontractueel Aansprakelijkheidsrecht*, Anvers, Intersentia, 2009.

¹⁸⁸ Entretien accordé le 24 janvier 2020, par Maria Alvaes-Baranga, médiatrice aux cliniques universitaires de Saint-Luc.

¹⁸⁹ *Ibidem*.

¹⁹⁰ B. FONTEYN., C. POUPPEZ. et P. SLEGGERS., « Indemnisation des dommages résultant des soins de santé : le Fonds est mort, vive le Fonds ! », *J.T.*, 2011/19, n° 6437, p. 374.

¹⁹¹ *Ibidem*.

¹⁹² W. BUELENS, « Hoofdstuk I - Een alternatief vergoedingssysteem », in *Het medisch ongeval zonder aansprakelijkheid*, Anvers, Intersentia, 2019, p. 8.

tant résulter d'une faute technique médicale, auquel cas le mécanisme de la responsabilité civile trouvera à s'appliquer, tant d'un « aléa thérapeutique », auquel cas par contre le régime de la responsabilité médicale n'apportera aucun soutien¹⁹³. De plus, les prestataires de soins étant en principe liés par une obligation de moyen, il convient d'apprécier la faute eu égard « à l'état actuel des connaissances scientifiques et en considération du contexte dans lequel l'acte a été posé »¹⁹⁴. Le recours à une expertise se justifiera donc la plupart du temps, ce qui engendrera des coûts importants en temps et en argent¹⁹⁵. Enfin, il est difficile pour le patient de démontrer que sans la faute, le dommage tel qu'il s'est présenté *in concreto*, ne se serait pas produit, puisque les conséquences d'un acte médical sont bien souvent imprévisibles vu l'évolution des techniques médicales¹⁹⁶. Compte tenu de ces difficultés, deux tiers des patients n'ont jamais été indemnisés de leurs préjudices, ce qui s'est vite avéré regrettable compte tenu de la fonction indemnitaire de la responsabilité civile¹⁹⁷.

D'autre part, pour le tiers des patients qui parvenait à mettre en cause la responsabilité civile du prestataire de soins, leurs assureurs devaient parfois déboursier une somme d'argent conséquente, ce qui a les amenés à augmenter considérablement le montant des primes, voire pour la plupart à ne carrément plus couvrir la responsabilité médicale¹⁹⁸. Quant aux prestataires de soins, outre d'être désormais redevables d'une prime d'assurance plus élevée, l'on craignait de ceux-ci une pratique dite « défensive » de la médecine¹⁹⁹ pour réduire leur exposition à une responsabilité civile médicale²⁰⁰.

58. Tentatives. Plusieurs lois se sont alors succédées dans un laps de temps relativement court pour pallier ces difficultés en cascade.

La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient a semblé apporter une solution satisfaisante en introduisant dans la loi coordonnée du 7 août 1987 que « l'hôpital est responsable des manquements commis par les praticiens professionnels qui y travaillent, relatifs au respect des

¹⁹³ G. SCHAMPS., « Le Fonds des accidents médicaux et l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé », *R.G.A.R.*, 2014/1, p. 15035¹, n° 1.

¹⁹⁴ B. FONTEYN., C. POUPPEZ et P. SLEGGERS, *op. cit.*, p. 374.

¹⁹⁵ *Ibidem*.

¹⁹⁶ G. SCHAMPS *op. cit.*, p. 15035¹, n° 1.

¹⁹⁷ B. FONTEYN., C. POUPPEZ. et P. SLEGGERS, *op. cit.*, pp. 374-375.

¹⁹⁸ *Ibidem*, p. 375.

¹⁹⁹ La médecine défensive se produit lorsque les médecins prescrivent des tests, procédures ou évitent les patients à risque levé ou certaines procédures à haut risque (D. DEMERS, *La médecine défensive : fondements, principes, responsabilité médicale et solutions*, Mémoire de fin d'études, Université de Sherbrooke, 1996, p. 4).

²⁰⁰ G. SCHAMPS *op. cit.*, p. 15035¹, n° 1.

droits du patient définis dans la présente loi »²⁰¹. Désormais, une présomption réfragable de responsabilité civile était établie dans le chef de l'hôpital²⁰². Toutefois, il s'avère que cette disposition est peu efficace dans la pratique puisque d'une part, l'hôpital peut se soustraire à sa responsabilité lorsqu'il a informé le patient au préalable et de manière explicite qu'il ne répond pas des actes du praticien professionnel concerné vu la nature des relations juridiques qui existe entre eux²⁰³ et que d'autre part, la présomption ne joue en principe que si la preuve d'avoir subi un dommage en lien causal avec la faute commise par un prestataire de soins est rapportée²⁰⁴.

Ce n'est qu'en 2007 que le législateur a instauré un véritable régime d'indemnisation sans faute, dérogoire au droit commun, fondé sur la solidarité collective²⁰⁵. A côté de celle résultant d'une faute du prestataire de soins, la réparation d'un dommage résultant d'un risque thérapeutique était désormais devenue possible par l'intervention d'un Fonds des accidents médicaux (FAM)²⁰⁶. Les deux lois instaurant ce régime ont cependant été abrogées pour deux principales raisons : premièrement, l'indemnisation allouée par le FAM était forfaitaire et deuxièmement, la procédure engagée devant celui-ci privait le plaignant de l'obtention d'une indemnisation alternative ou complémentaire par les juridictions de droit commun, sauf en cas de faute intentionnelle ou de faute lourde du prestataire de soins²⁰⁷. Seul le dommage résultant d'un état d'intoxication alcoolique ou sous l'influence de stupéfiant, d'un refus d'assistance à une personne en danger ou consécutif à l'exercice d'une activité interdite²⁰⁸ était considéré comme un cas de faute lourde²⁰⁹.

59. Compromis. Dans un second temps, un nouveau système, largement inspiré par celui introduit en France en 2002²¹⁰, a alors été mis en place par l'adoption des lois du 31 mars

²⁰¹ Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient précitée, art. 17, 2°.

²⁰² G. SCHAMPS *op. cit.*, p. 15035¹, n° 1.

²⁰³ C'est-à-dire qu'il n'était pas lié à l'hôpital par un contrat de travail ou une nomination statutaire (G. GENICOT, *Droit médical et biomédical, op. cit.*, p. 143 ; J-P. PAULUS et H. DE RODE, « Responsabilité médicale : questions incontournables », *Consilio*, 2017, n° 4, pp. 176-187).

²⁰⁴ *Ibidem*.

²⁰⁵ E. LANGENAKEN, « La loi belge du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé : Encore un effort... », *R.G.A.R.*, 2011/8, p. 14775¹, n° 1.

²⁰⁶ G. SCHAMPS *op. cit.*, p. 15035¹, n° 2.

²⁰⁷ E. LANGENAKEN, *op. cit.*, p. 14775¹, n° 4.

²⁰⁸ Activité interdite au sens de l'A.R. n° 78 du 10 novembre 1967.

²⁰⁹ Loi du 15 mai 2007 relative à l'indemnisation des dommages résultants de soins de santé, art. 7, § 4, *M.B.*, 6 juillet 2007, p. 19913.

²¹⁰ T. VANSWEEVELT, « Naar een nieuw medisch ongevalrecht », in *Actueel aansprakelijkheidsrecht*, Gent, Larcier, 2012, p. 253.

2010²¹¹ et du 2 juin 2010²¹². Désormais, deux voies sont possibles pour le patient souhaitant être indemnisé²¹³. En effet, il peut saisir le FAM, sans préjudice de son droit à réclamer l'indemnisation de son dommage devant les cours et tribunaux²¹⁴. D'ailleurs, il est prévu dans la loi que l'introduction d'une demande devant le FAM suspend de plein droit la prescription des actions civiles relatives à l'accident médical²¹⁵. Et inversement, l'introduction d'une action judiciaire suspend la prescription de l'action qui pourrait être introduite auprès du FAM²¹⁶. Cependant, il est important de préciser que les deux recours ne peuvent pas se cumuler, en vertu du principe *non bis in idem*²¹⁷.

§2. Le FAM

60. Missions et objectifs. D'une part, la réintroduction du FAM dans le paysage juridique belge²¹⁸ a traduit le souhait du législateur de permettre aux patients victimes d'un aléa thérapeutique d'obtenir réparation de leur dommage, bien qu'aucune responsabilité ne puisse être établie dans le chef d'un prestataire de soins²¹⁹. D'autre part, lorsque le patient lésé suspecte légitimement le prestataire de soins d'avoir commis une faute, le législateur a estimé, contrairement à ce qu'il avait mis en place en 2007, qu'il fallait lui laisser le choix entre introduire une action devant les juridictions de droit commun et s'adresser au FAM pour obtenir un avis sur la responsabilité éventuelle du prestataire de soins et la gravité de son dommage²²⁰. Dans ce dernier cas, le patient est en quelque sorte secondé par le FAM dans le cadre d'une procédure de règlement de conflit à l'amiable²²¹.

Ce faisant, les difficultés que le régime de la responsabilité civile entraînait pour les deux autres protagonistes des soins de santé semblent être résolues. En effet, la reconnaissance d'un aléa thérapeutique et son indemnisation par le FAM permettent aux prestataires de soins d'exercer

²¹¹ Loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé, *M.B.*, 2 avril 2010, p. 19913.

²¹² Loi du 2 juin 2010 modifiant le Code judiciaire dans le cadre de la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultants de soins de santé, *M.B.*, 1 juillet 2010, p. 43832.

²¹³ T. VANSWEEVELT, « Naar een nieuw medisch ongevalrecht », *op. cit.*, p. 253.

²¹⁴ Loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé précitée, art. 3, § 1^{er}.

²¹⁵ Loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé précitée, art. 13, § 2.

²¹⁶ Loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé précitée, art. 13, § 3.

²¹⁷ Loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé précitée, art. 3, § 3 ; G. GENICOT, *Droit médical et biomédical*, *op. cit.*, p. 538.

²¹⁸ Qui avait été supprimé par l'abrogation des lois de mai 2007.

²¹⁹ G. SCHAMPS *op. cit.*, p. 15035³, n° 7.

²²⁰ *Ibidem*.

²²¹ I. REUSENS, « Avis du fonds des accidents médicaux : de la casuistique à la jurisprudence », *R.G.A.R.*, 2018/4, p. 15470¹, n° 1.

leur métier plus sereinement²²². De plus, elle permet aux assureurs qui, pour la plupart d'entre eux, avaient pris la décision de ne plus assurer les risques médicaux, de le faire à nouveau²²³.

61. Damage indemnisé. Pour pouvoir introduire une demande au FAM, le dommage doit répondre à deux conditions.

D'abord, le dommage doit trouver sa cause dans une *prestation de soins de santé*²²⁴, au sens de la loi relative aux droits du patient²²⁵. Sont cependant exclus du champ d'application de la loi les dommages qui résultent d'une expérimentation et ceux qui résultent d'une prestation de soins de santé accomplie dans un but esthétique non remboursable en vertu de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994²²⁶. Nous pouvons mettre en question la légitimité de la différence de traitement entre les personnes qui choisissent délibérément d'avoir recours à la chirurgie et ceux qui y sont contraints médicalement²²⁷.

Ensuite, le dommage doit découler soit d'un fait engageant la *responsabilité* d'un prestataire de soins, soit d'un accident médical *sans responsabilité*²²⁸. Afin de statuer sur cette question, le FAM dispose de larges pouvoirs d'investigation et le recours à une expertise sera quasiment systématique²²⁹.

62. Responsabilité. Lorsque le FAM est d'avis que le prestataire de soins est responsable, il invite l'assureur du prestataire ou le prestataire lui-même à formuler une offre d'indemnisation du dommage²³⁰. Le FAM interviendra d'une part, lorsque la responsabilité fait l'objet d'une contestation et pour autant que le dommage soit suffisamment grave selon les critères établis par la loi et d'autre part, lorsque la couverture d'assurance ou le montant proposé par le

²²² *Ibidem*.

²²³ *Ibidem*.

²²⁴ Loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé précitée, art. 3 § 1^{er}.

²²⁵ Loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé précitée, art. 2, 4^o.

²²⁶ Loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé précitée, art. 3, § 2, 1^o.

²²⁷ Les travaux préparatoires de la loi du 31 mars 2010 justifient cette différence de traitement en rappelant que l'objectif de celle-ci n'est pas de faire peser sur la collectivité la réalisation d'un dommage qui résulte d'un choix personnel (Projet de loi précité, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2009-2010, n° 52-2240/001, p. 31).

²²⁸ Loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé précitée, art. 2, 6^o.

²²⁹ B. FONTEYN., C. POUPPEZ. et P. SLEGGERS, *op. cit.*, p. 378.

²³⁰ INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITÉ, « Faire une demande à notre Fonds des accidents médicaux (FAM), disponible sur www.inami.fgov.be, s.d., consulté le 26 juillet 2020.

prestataire est manifestement insuffisant²³¹. Dans ce scénario, il est à noter que les frais de l'expertise seront à charge de l'assureur, ce qui entraînera une augmentation du montant des primes d'assurance alors remis à niveau avec l'entrée en vigueur de la loi du 31 mars 2010²³².

63. Absence de responsabilité. Si le FAM conclut *in fine* à une absence de responsabilité dans le chef du prestataire de soins, le coût de l'expertise sera entièrement à sa charge, ce qui diminuera considérablement l'assiette de l'ensemble des créanciers du FAM²³³. Dans cette hypothèse, il indemniserait le patient uniquement dans le cas où l'accident ne résulte pas de son état²³⁴ et qui entraîne pour lui un « dommage anormal »²³⁵. Pour reconnaître un tel dommage, la loi retient deux critères alternatifs, à savoir l'état actuel de la science ainsi que l'état du patient et son évolution objectivement prévisible²³⁶.

1° L'état actuel de la science médicale. Le dommage sera considéré comme étant « anormal » lorsqu'au vu de l'état actuel de la science, il aurait pu être évité²³⁷. Son caractère évitable est analysé par le FAM par référence à un « super prestataire de soins omniscient, qui a accès à la connaissance scientifique du plus haut niveau et dispose de matériel de haute technologie »²³⁸. Précisément, le FAM examine dans la majorité des cas le caractère inévitable du dommage au regard d'un seul critère : existait-il une alternative thérapeutique applicable au cas ? Si c'est le cas, n'aurait-elle pas conduit au moins à la même complication ?²³⁹.

Par exemple, le FAM a considéré que l'aggravation de l'état neurologique d'un patient à la suite d'une intervention à la moelle épinière pouvait se produire dans l'état actuel de la science et qu'un autre traitement n'aurait pas fait en sorte que le dommage ne se produise pas tel qu'il s'est produit *in concreto*²⁴⁰. Le dommage n'a donc pas été considéré comme anormal.

²³¹ G. SCHAMPS *op. cit.*, p. 15035⁹, n° 30.

²³² B. FONTEYN., C. POUPEZ. et P. SLEGGERS, *op. cit.*, p. 378.

²³³ *Ibidem*.

²³⁴ « Il doit en effet s'agir d'un dommage relatif à une prestation de soins, pas de l'aggravation de l'état du patient. En d'autres termes, la loi a pour objectif d'indemniser les conséquences imprévisibles d'une prestation de soins, comme par exemple l'effet secondaire imprévu ou peu probable d'un traitement. Par contre, elle ne vise pas à indemniser le patient suite aux conséquences de l'évolution de la pathologie dont il souffre. Il s'agit là d'une évaluation qui devra être réalisée au cas par cas, dont le fil conducteur doit être l'impact de la prestation de soin sur la survenance, l'évolution ou l'ampleur du dommage » (Projet de loi précité, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2009-2010, n° 52-2240/001, p. 24).

²³⁵ Loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé précitée, art. 2, 7°.

²³⁶ Loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé précitée, art. 2, 7°.

²³⁷ I. REUSENS, *op. cit.*, p.15470¹⁰, n° 37.

²³⁸ *Ibidem*.

²³⁹ *Ibidem*, p. 15470¹¹, n° 38.

²⁴⁰ Avis du FAM du 20 avril 2015, cité par I. REUSENS., *op. cit.*, p.15470¹¹, n° 38.

2° L'état du patient et son évolution objectivement prévisible. Au vu de ce critère, le dommage sera considéré comme anormal « lorsqu'il n'est pas dû à la situation particulière du patient, déterminée en fonction de ses antécédents, de ses prédispositions particulières telles que son âge, ses capacités physiques, mais aussi de la pathologie pour laquelle la prestation de soins est posée, d'une autre pathologie, ou encore du traitement donné pour traiter cette dernière etc. »²⁴¹.

Prenons le cas d'une vieille dame ayant subi une opération ophtalmique qui s'est terminée par une infection des tissus internes de l'œil. L'origine exacte de celle-ci était inconnue, et les traitements antibiotiques s'étant avérés inefficaces, une ablation de l'œil a malheureusement dû être nécessaire. Le FAM a conclu qu'au regard de « l'état de la patiente et de son évolution objectivement prévisible », le dommage n'était pas considéré comme anormal puisqu'une telle complication se produit dans 0,1% des cas identiques connus de la littérature médicale²⁴².

64. Interprétation stricte. L'on remarque que le FAM a tendance à interpréter les critères d'anormalité du dommage très restrictivement, de sorte que peu de dommages seront considérés comme « anormaux » à ses yeux. D'ailleurs, dans la pratique, les médiateurs sont de plus en plus réticents à transmettre le dossier au FAM. Par exemple, la médiatrice des cliniques universitaires de Saint-Luc avoue n'avoir transmis au FAM que deux de ses dossiers sur les cinq dernières années, alors que l'institution fait partie des plus grands centres hospitaliers francophones. Selon elle, « lorsqu'un patient rentrant dans un hôpital pour se faire opérer de la colonne vertébrale et en sort finalement complètement incontinent, se fait débouter par le FAM qui estime le dommage « normal », l'on peut légitimement se demander quelle est son utilité »²⁴³.

§3. *Constat et perspectives*

65. Processus lent et incertain. On le voit, en matière d'indemnisation, le chemin reste long, complexe, et souvent sans résultat satisfaisant pour le patient. La procédure semble en réalité

²⁴¹ P. STAQUET, « Indemnisation des dommages résultants des soins de santé : la loi F.A.M. », *Consilio*, 2010/4, p. 144 ; Projet de loi précité, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2009-2010, n° 52-2240/001, p. 25.

²⁴² Avis du FAM du 29 novembre 2016, cité par I. REUSENS., *op. cit.*, p.15470¹², n° 42.

²⁴³ Entretien accordé le 24 janvier 2020, par Maria Alvares-Baranga, médiatrice aux cliniques universitaires de Saint-Luc.

être aux antipodes du climat de confiance et de compréhension mutuelle qui régit la médiation dans les soins de santé.

66. Possibilité de conciliation. Il convient dès lors de se demander s'il est possible de concilier la proximité de cette médiation et la technicité de la question de l'indemnisation en cas de faute présumée du prestataire de soins qui demande de réunir d'autres acteurs que le patient, le praticien professionnel ou l'institution de soins autour de la table. On le voit, cela concerne tant des experts médicaux, les assurances du praticien professionnel ou de l'hôpital, les avocats des parties et éventuellement un représentant de l'institution de soins concernée. A l'heure actuelle, seule la médiation extrajudiciaire, alors compétente pour « tout différend de nature patrimoniale et non-patrimoniale mais susceptible d'être réglé par une transaction »²⁴⁴, peut réunir l'ensemble de ces protagonistes²⁴⁵. D'ailleurs, le FAM a la possibilité d'organiser une telle médiation lorsque l'une des parties concernées le sollicite devant lui²⁴⁶. L'on constate néanmoins que dans ce cas, le processus de règlement à l'amiable initié par le médiateur « Droits du patient » est en quelque sorte « recommencé à zéro ».

La possibilité d'organiser cette rencontre dans le cadre de la médiation institutionnelle présente de nombreux avantages. Tout d'abord, cela permettrait de capitaliser sur le climat de confiance établi entre le patient, le praticien ou l'institution de soins, et le médiateur. De plus, à la condition que la médiation dans les soins de santé dispose des mêmes garanties procédurales que celles qu'offre la médiation extrajudiciaire développées dans le titre II, le processus d'indemnisation s'en trouverait simplifié et accéléré. En effet, dans l'hypothèse où le juge reconnaîtrait l'issue d'une telle médiation au même titre que celle de la médiation extrajudiciaire, l'on éviterait un « aller-retour » entre le médiateur « Droits du patient », le FAM, (éventuellement) la médiation du Code judiciaire et les tribunaux de l'ordre judiciaire.

67. Droits sous-jacents. Lorsque nous avons évoqué cette piste aux médiateurs que nous avons rencontrés, il faut avouer qu'elle n'a pas fait l'objet d'un accueil très favorable, tous craignant que l'essence même de leur fonction soit mise à mal. Pourtant, il est nécessaire de mentionner que la Charte européenne des droits du patient, publiée quelques mois après l'adoption de la

²⁴⁴ C. jud., art. 1724. La question de la responsabilité médicale peut donc effectivement en faire l'objet.

²⁴⁵ C. jud., art. 1728, § 3 ; C. jud., art. 1731, § 2, 1^o.

²⁴⁶ Loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé précitée, art. 8, § 1^{er}, 5^o. Jusqu'en juin 2020, le Fonds n'a organisé une médiation que dans un seul dossier (COUR DES COMPTES, « Fonds des accidents médicaux : organisation et fonctionnement », disponible sur www.ccrek.be, juin 2020).

législation belge, consacre expressément le droit d’être indemnisé²⁴⁷. L’on peut alors regretter que seules la Finlande²⁴⁸, la Norvège²⁴⁹ et la France²⁵⁰ l’aient adopté dans leur législation nationale relative aux droits du patient²⁵¹.

En outre, selon nous, le droit du patient de solliciter une indemnisation de son dommage *dans un délai raisonnable* doit primer sur le *statu quo* de la médiation dans les soins de santé, dans lequel la plupart des médiateurs se complaisent. Une fois que cela sera établi, il est évident que la présence des avocats des parties et des assurances des praticiens professionnels ou de l’institution de soins apparaît comme une garantie fondamentale au traitement équitable de la plainte²⁵².

Chapitre II. La formation

68. Il est évident que pour asseoir son autorité, le médiateur doit disposer de qualifications spécifiques. Nous déterminerons quelles sont-elles précisément dans un premier temps (section 1) et dans quelle mesure sont-elles considérées comme acquises par le législateur et en pratique dans un deuxième temps (section 2).

Section 1. Considérations générales

69. Les qualités requises. Comme nous l’avons vu, la mission principale du médiateur est de rétablir une communication et donc une bonne entente entre les parties en litige. Son rôle consiste à diriger les parties dans leurs négociations afin qu’elles dégagent elles-mêmes une solution en toute connaissance de cause. L’on dit en fait que « la médiation se situe dans le domaine de la facilitation : occasionnellement, elle peut évoluer vers l’avis, mais ne va jamais à la décision »²⁵³.

²⁴⁷ Charte européenne des droits du patient, présentée à Bruxelles le 15 novembre 2002, art. 14.

²⁴⁸ The Act of 17 Augustus 1992 No. 785/1992 on Status and Rights of Patients, Section 10.

²⁴⁹ The Act of 2 July 1999 No. 63 relating to Patients’ Rights, Section 3-2.

²⁵⁰ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, art. 98.

²⁵¹ A. JACQUERYE, « Etude exploratoire de la médiation hospitalière : Allemagne, Canada, Finlande, France, Norvège, Pays-Bas, Royaume-Uni », disponible sur www.studylibfr.com, décembre 2007, p. 114.

²⁵² Voy. la Convention de sauvegarde des droits de l’homme et des libertés fondamentales, signée à Rome le 4 novembre 1950, approuvée par la loi du 13 mai 1955, art. 6, § 3, *M.B.*, 19 août 1955, p. 5028.

²⁵³ T. GARBY, *La gestion des conflits*, Collection Entreprise et perspectives économiques, Paris, Economica, 2004, pp. 46 et 47 ; V. D’HUART, « Statut et fonction du médiateur », *Ius & Actores*, 2007/1, p. 34, n° 17.

Pour remplir ce rôle de manière efficace, le médiateur compétent doit en réalité disposer d'un important savoir-faire et d'un savoir-être²⁵⁴. Tout d'abord, il est essentiel qu'il ait une grande capacité d'écoute, car prendre en compte les points de vue et les besoins de chacune des parties constitue finalement le pilier principal de son intervention. A cet égard, la faculté de détecter le langage non-verbal s'avère être un atout nécessaire²⁵⁵. Ensuite, afin de mener à bien la discussion entre les parties, le médiateur doit savoir communiquer efficacement²⁵⁶. Cela inclut sa capacité à prendre du recul sur la situation, poser les bonnes questions aux parties et reformuler si nécessaire ce qu'elles tentent d'exprimer²⁵⁷.

70. La nécessité de formation. Pendant longtemps, la tradition européenne a considéré que la pratique de la médiation était en quelque sorte une science innée²⁵⁸. Les compétences en psychologie et en négociation requises pour exercer la profession étaient ainsi intrinsèques à l'espèce humaine²⁵⁹. A partir des années 1990, la nécessité de formation qui prédomine la pensée américaine fit progressivement son chemin en Europe²⁶⁰. La question s'est alors posée de savoir quel devait être le contenu de cette formation le cas échéant.

Section 2. Les exigences en matière de formation du médiateur

71. Exigences légales. En 2002, le législateur a confié la tâche au Roi de déterminer les conditions de formation requises pour exercer la fonction de médiateur, et ce au sein de chacun des trois services de médiation institués dans les soins de santé²⁶¹. Ainsi, les deux médiateurs du service de médiation fédéral doivent disposer d'un diplôme de l'enseignement supérieur universitaire et d'au moins trois ans d'expérience professionnelle utile sur le plan médico-social²⁶². Par contre, les médiateurs locaux, c'est-à-dire tant les médiateurs hospitaliers que les

²⁵⁴ P.-P. RENSON, « La médiation et les enjeux liés à la formation des médiateurs agréés », *Jurim Pratique*, 2014/1, p. 88.

²⁵⁵ *Ibidem*.

²⁵⁶ Entretien accordé le 24 janvier 2020, par Maria Alvares-Baranga, médiatrice aux cliniques universitaires de Saint-Luc.

²⁵⁷ Entretien accordé le 24 janvier 2020, par Maria Alvares-Baranga, médiatrice aux cliniques universitaires de Saint-Luc.

²⁵⁸ M. ARMAND-PREVOST, « La médiation. Trop connue, mal connue, méconnue (1^{ère} partie) », *Gaz/ Pal.*, 2006, pp. 17-18.

²⁵⁹ *Ibidem*.

²⁶⁰ M.-N. DERÈSE, « La médiation dans les soins de santé : les enjeux et les perspectives de la problématique de la formation des médiateurs », *op. cit.*, p. 513.

²⁶¹ Loi du 22 août 2002 précitée, art. 11, § 3.

²⁶² A.R. du 1^{er} avril 2003 précité, art. 8, § 1^{er}, 1^o et 2^o.

médiateurs dans les plates-formes de concertation en santé mentale, doivent uniquement être titulaires d'un diplôme de l'enseignement supérieur de type court²⁶³.

L'on remarque d'emblée qu'au niveau local, aucune expérience en matière de soins de santé n'est exigée par la loi pour accéder à la profession. Cependant, en pratique, les médiateurs proviennent essentiellement du milieu médical (médecin, infirmier, sage-femme, etc.)²⁶⁴ et cela contribue en réalité largement à la réussite du processus de médiation, puisque la crédibilité du médiateur aux yeux du praticien professionnel est renforcée²⁶⁵.

Plus généralement, l'on constate qu'aucune qualification nécessaire en matière de médiation n'est requise, que ça soit en matière de gestion des conflits, en matière de communication, en matière de modes alternatifs de règlement des conflits ou encore en matière de psychologie²⁶⁶. De ce fait, le législateur de 2002 est resté dans le mode de pensée européen qui prévalait avant les années 1990. Néanmoins, ici aussi, il est nécessaire de mentionner le fait qu'une spécialisation dans l'une de ces matières est souvent acquise, que ça soit dans le cadre d'un bachelier, d'un master complémentaire ou bien les deux²⁶⁷.

72. Exigences personnelles. En pratique, lorsque les médiateurs ne disposent pas déjà de connaissances dans le milieu des soins de santé et le milieu relationnel grâce à leur diplôme de base, ils décident souvent de leur plein gré de suivre des formations en Belgique mais aussi à l'étranger²⁶⁸. Parmi celles qu'ont obtenues les médiateurs que nous avons rencontrés, la formation en CNV (Communication Non-Violente) est revenue à plusieurs reprises²⁶⁹. Cette méthode de communication interpersonnelle a été formalisée dans les années quatre-vingts et se présente en réalité comme « un mode d'expression et d'écoute favorisant des attitudes constructives et positives en vue de prévenir, aborder et résoudre des situations

²⁶³ A.R. du 8 juillet 2003 précité, art. 2 ; A.R. du 10 juillet 1990 précité, art. 12.

²⁶⁴ L'ensemble des médiateurs interrogés.

²⁶⁵ Entretien accordé le 24 janvier 2020, par Maria Alvares-Baranga, médiatrice aux cliniques universitaires de Saint-Luc.

²⁶⁶ M.-N. DERÈSE, « La médiation dans les soins de santé : les enjeux et les perspectives de la problématique de la formation des médiateurs », *op. cit.*, p. 516.

²⁶⁷ Entretien accordé le 7 novembre 2019, par Mathieu Vanderheyden, médiateur au CHU Brugmann.

²⁶⁸ Entretien accordé le 7 novembre 2019, par Mathieu Vanderheyden, médiateur au CHU Brugmann.

²⁶⁹ Entretien accordé le 7 novembre 2019, par Mathieu Vanderheyden, médiateur au CHU Brugmann ; Entretien accordé le 24 janvier 2020, par Maria Alvares-Baranga, médiatrice aux cliniques universitaires de Saint-Luc.

conflictuelles »²⁷⁰. De cette manière, le médiateur reconsidère sa façon de s'exprimer et d'écouter les autres²⁷¹.

Outre cela, il faut remarquer que les médiateurs recherchent continuellement à améliorer leur pratique en échangeant entre eux de manière régulière. A cet égard, la *Vlaamse Beroepsvereniging Ombudspersonen van alle Zorgvoorzieningen* (VVOVAZ) du côté néerlandophone et l'Association des Médiateurs en Institutions de Soins (AMIS) du côté francophone ont été mises sur pied respectivement en 2003 et 2005. Elles regroupent des médiateurs issus d'une part des hôpitaux privés, publics et généraux, et d'autre part, des institutions psychiatriques et des plates-formes de concertation en santé mentale²⁷². Leur mission est de professionnaliser le rôle de ses membres et de les soutenir par la formation en organisant des moments d'intervision²⁷³.

73. Volonté d'une formation obligatoire. Bien qu'en réalité, les gestionnaires et comités responsables des hôpitaux et des plates-formes, dans le choix du médiateur, et les médiateurs eux-mêmes, dans l'exercice de leur profession, soient conscients de la nécessité de disposer d'un minimum de qualification sur le plan médico-social, l'intention de créer une formation spécifique à leur encontre est unanime.

Il est vrai que lorsqu'on se penche sur le statut du médiateur du Code judiciaire, l'on remarque que le législateur a davantage mis l'accent sur ses compétences et sa formation. En effet, dans le cadre d'une médiation judiciaire, les médiateurs doivent être agréés auprès de la Commission fédérale de médiation (CFM)²⁷⁴. Mais si tout un chacun peut solliciter l'obtention de cet agrément, le Code judiciaire requiert notamment que le candidat médiateur ait suivi une formation théorique et pratique portant sur des connaissances tant générales que particulières au domaine pour lequel le médiateur sollicite l'agrément (matière familiale, matière civile,

²⁷⁰ ASSOCIATION POUR LA COMMUNICATION NONVIOLENTE DE BELGIQUE FRANCOPHONE, « Qu'est-ce que la CNV », disponible sur www.cnvbelgique.be, s.d., consulté le 26 juillet 2020.

²⁷¹ *Ibidem*.

²⁷² ASSOCIATION DES MÉDIATEURS EN INSTITUTIONS DE SOINS, « A propos de nous », disponible sur www.mediateurs-amis.be, s.d., consulté le 26 juillet 2020.

²⁷³ J. MATTHYS, « Afdeling 3. - De ombudsdiensten », in *Evaluatie en vergoeding van lichamelijke schade*, Gent, Larcier, 2017, p. 153.

²⁷⁴ **S'ils ne doivent pas nécessairement l'être dans le cas d'une médiation extrajudiciaire, les accords qui y seront conclus ne bénéficieront pas de la sécurité juridique que nous décrirons au chapitre V.** (V. D'HUART, *op. cit.*, p. 35, n° 18).

matière sociale, matière entrepreneuriale ou matière en relation avec les pouvoirs publics²⁷⁵)²⁷⁶. L'organe de formation et les programmes que cette première organise doivent être agréés par la CFM.

La formation du médiateur se compose alors d'une formation de base d'un minimum de cent heures, couvrant l'étude des modes alternatifs des règlements de conflit, des principes généraux de la médiation, du droit applicable et des méthodes de communication et de gestion de conflits²⁷⁷, et de trente heures relatives aux aspects théoriques et pratiques de la spécialisation pour laquelle le médiateur désire l'agrément²⁷⁸. Une fois le titre obtenu, le médiateur s'engage à suivre une formation continue de dix-huit heures au moins tous les deux ans pendant la période d'exercice de sa fonction²⁷⁹. De cette manière, il pourra répondre à des questions nouvelles suite à l'évolution continue du contexte de la médiation dans lequel il exerce²⁸⁰.

74. Conclusion. Nous sommes d'avis que l'expression selon laquelle « la médiation vaut ce que vaut le médiateur »²⁸¹ doit valoir tant pour la médiation du Code judiciaire que pour celle instituée dans les soins de santé. A l'instar du Code judiciaire, l'obtention d'un agrément par un organe institué au sein de la Commission fédérale « Droits du patient » pourrait être une condition d'accès à la profession de médiateur dans les soins de santé²⁸². L'idée serait alors de mettre en place une formation de base et particulière au domaine médical pour les médiateurs commençant leur fonction, une formation continue durant leur carrière, et de renforcer les moments d'intervision tels qu'ils existent aujourd'hui²⁸³. Les organes instructeurs et les

²⁷⁵ COMMISSION FÉDÉRALE DE MÉDIATION, « La spécialisation », disponible sur www.cfm-fbc.be, *s.d.*, consulté le 24 juin 2020.

²⁷⁶ C. jud., art. 1726, § 1^{er}, 1^o.

²⁷⁷ COUR DE JUSTICE DE L'UNION EUROPÉENNE, « Médiation dans les États-membres – Belgique », disponible sur www.e-justice.europa.eu, 6 août 2019.

²⁷⁸ Décision de la Commission fédérale de médiation du 1^{er} février 2007 modifiée par la décision du 11 mars 2010 23 septembre 2010, 14 et 28 mars 2019, déterminant les conditions et procédures d'agrément des instances de formation des médiateurs et les formations qu'elles organisent, ainsi que les programmes minimaux de formation pour médiateurs agréés et les évaluations en vue de la délivrance d'un agrément, art. 7.

²⁷⁹ Décision de la Commission fédérale de médiation du 18 décembre 2008 modifiée par la décision du 11 juin 2009, 6 mai 2010 et 28 avril et 9 juin 2011 définissant les obligations des médiateurs agréés en matière de formation permanente, art. 1.

²⁸⁰ MÉDIATIONS ASBL, « La médiation en institutions de soins : sa pratique, ses outils de prévention des conflits et son cadre », disponible sur www.lbfsm.be, 2017, p. 4.

²⁸¹ V. D'HUART, *op. cit.*, p. 35, n^o 18.

²⁸² M.-N. DERÈSE, « La médiation dans les soins de santé : les enjeux et les perspectives de la problématique de la formation des médiateurs », *op. cit.*, p. 518.

²⁸³ COMMISSION FÉDÉRALE « DROITS DU PATIENT », « Avis relatif à la formation des médiateurs « Droits du patient » dans les hôpitaux et les plateformes de concertation en santé mentale », réf. CFDP/MED, disponible sur www.organesdeconcertation.sante.belgique.be, 24 avril 2008, p. 2.

programmes des formations qu'ils proposent devraient alors être agréés par l'organe en question.

A cet égard, il nous semble évident que le programme type des formations de base agréé par la CFM décrit ci-avant conviendra parfaitement aux médiateurs « Droits du patient » dans le cadre d'une formation générale à la pratique de la médiation. Pour ce qui concerne le volet spécifique des droits du patient et le domaine des soins de santé en général, l'on pourrait imaginer que les formations telles qu'elles sont organisées aujourd'hui par les associations de médiateurs soient reconnues de manière officielle par l'organe externe indépendant.

Chapitre III. L'impartialité, la neutralité et l'indépendance

75. Tout médiateur, qu'il soit agréé ou pas, se doit d'être impartial, neutre et indépendant dans l'exercice de sa fonction²⁸⁴. Après avoir posé les contours de ces notions (section 1), nous analyserons le statut du médiateur local hospitalier, qu'il soit interne (section 2) ou externe (section 3) à la structure de soins. De cette manière, nous pourrions déterminer dans quelle mesure la position du médiateur est compatible avec son indépendance nécessaire (section 4).

Section 1. Contours des notions

76. Impartialité. Dans une perspective générale, la qualité d'impartialité s'entend comme une absence de préjugé ou de parti pris²⁸⁵. Cette notion implique que le médiateur ne soit pas biaisé en raison d'idées préconçues sur le fond et n'ait aucune raison de favoriser une partie ou la position qu'elle défend par rapport à une autre²⁸⁶. Elles doivent être traitées sur un pied d'égalité.

²⁸⁴ C. jud. art. 1726 ; Loi du 22 août 2002 précitée, art. 11, § 3 ; A.R. du 8 juillet 2003 précité, art. 3, al. 2 ; A.R. du 10 juillet 1990 précité, art. 13, al. 2 ; A.R. du 1^{er} avril 2003 précité, art. 8, § 2, al. 2 ; N. DOHERTY and M. GUYLER, *The Essential Guide to Workplace Mediation and Conflict Resolution*, Londres, Kogan Page, 2008, p. 102 ; C. MOORE, *The Mediation Process: Practical Strategies for Resolving Conflict*, 4^e éd., San Francisco, Jossey-Bass, 2014.

²⁸⁵ Dictionnaire Larousse en ligne ; C. DELFORGE, « La loi du 18 juin 2018 et la promotion de la médiation : vers un changement de paradigme ? », in *La médiation autrement* (sous la dir. de B. INGHELIS), Bruxelles, Larcier, 2019, p. 44, n° 29 ; N. FRICERO, C. BUTRUILLE-CARDEW, L. BENRAÏS, B. GORCHS-GELZERET G. et G. PAYAN, *Le guide des modes amiables de résolution des différends (MARD)*, Paris, Dalloz, 2017-2018, 3^e éd., p. 161.

²⁸⁶ « Le médiateur ne peut prendre position au cours du processus de la médiation » (A.R. du 8 juillet 2003 précité, art. 3, al. 2 ; A.R. du 10 juillet 1990 précité, art. 13, al. 2 ; A.R. du 1^{er} avril 2003 précité, art. 8, § 2, al. 2).

En réalité, l'impartialité est une notion subjective, puisqu'elle se manifeste par l'attitude que le médiateur a envers les parties concernées et le litige²⁸⁷. Elle peut donc être parfois difficile à démontrer²⁸⁸.

77. Neutralité. L'aptitude de rester neutre est en réalité la faculté de ne pas se prononcer sur le sujet traité²⁸⁹. Cela implique qu'en principe, le médiateur ne donne pas son avis personnel sur les positions et revendications des parties²⁹⁰. Cela vaut également à l'égard de toutes les informations qu'il recueille dans le cadre du processus de la médiation et qu'il soumet aux parties²⁹¹. La neutralité implique en réalité que « le médiateur accepte le fait que le processus de médiation est basé sur le principe de la recherche de la solution par les parties elles-mêmes »²⁹².

78. Indépendance²⁹³. Dans son acceptation la plus large, l'état d'indépendance évoque l'idée de la liberté et de l'absence d'autorité. Un premier aspect, d'ordre externe, suppose en théorie que le médiateur exerce ses fonctions en toute autonomie, sans être soumis à aucun lien hiérarchique ou de subordination à l'égard de quiconque et sans recevoir d'instruction de quelque origine que ce soit, étant ainsi protégé contre les pressions extérieures susceptibles de porter atteinte à l'indépendance de son avis²⁹⁴. Un deuxième aspect, d'ordre interne, et qui rejoint la notion d'impartialité, vise l'égale distance du médiateur aux parties et à leurs intérêts respectifs²⁹⁵.

²⁸⁷ M. SHURMANS, *L'indépendance et l'impartialité de l'arbitre : entre apparence et réalité*, Mémoire de fin d'études, Université catholique de Louvain, 2017, p. 10, n° 17.

²⁸⁸ *Ibidem*.

²⁸⁹ M.-N. DERÈSE, *La médiation dans les soins de santé : enjeux et perspectives*, *op. cit.*, p. 167, n° 90.

²⁹⁰ P.-P. RENSON, *op. cit.*, p. 78.

²⁹¹ A.R. du 8 juillet 2003 précité, art. 7, al. 2 ; A.R. du 10 juillet 1990 précité, art. 17, al. 2 ; A.R. du 1^{er} avril 2003 précité, art. 11, al. 2.

²⁹² M.-N. DERÈSE, *La médiation dans les soins de santé : enjeux et perspectives*, *op. cit.*, p. 168, n° 90.

²⁹³ C. jud., art. 1726, § 1^{er}, 3^o; Loi du 22 août 2002 précitée, art. 11, § 3.

²⁹⁴ C.J.U.E., 27 février 2018 (Associação Sindical dos Juizes Portugueses c. Tribunal de Contas), C-64/16, EU:C:2018:117, § 44 (nous estimons que les éléments constitutifs de l'indépendance du juge peuvent se traduire d'une certaine manière pour celle du médiateur) ; N. FRICERO, C. BUTRUILLE-CARDEW, L. BENRAÏS, B. GORCHS-GELZERET G. et G. PAYAN, *Le guide des modes amiables de résolution des différends (MARD)*, Paris, Dalloz, 2017-2018, 3^e éd., p. 161.

²⁹⁵ C.J.U.E., 25 juillet 2018 (LM), C-216/18, EU:C:2018:586, § 65 (nous estimons que les éléments constitutifs de l'indépendance du juge peuvent se traduire d'une certaine manière pour celle du médiateur).

L'indépendance est souvent qualifiée d'objective parce qu'elle peut facilement s'apprécier par rapport à des liens factuels matériellement identifiables²⁹⁶. Généralement, l'autorité de désignation apparaît comme un critère pertinent pour apprécier l'indépendance.

Section 2. Le statut du médiateur interne

79. Nomination et rémunération. Il faut savoir que chaque institution de soins reçoit un montant forfaitaire du SPF Santé publique proportionnel au nombre de lits agréés pour le financement de la fonction de médiation dans le cadre des droits du patient²⁹⁷. La majorité des hôpitaux généraux et certains hôpitaux psychiatriques décident de consacrer ce budget à l'affectation d'une personne en interne²⁹⁸. Dans ce cas-là, le gestionnaire de l'hôpital la désigne sous statut d'employé pour exercer la fonction de médiation²⁹⁹. Étant donné que les moyens subventionnés par le service public ne sont bien souvent pas suffisants, l'hôpital intervient dans le financement de la fonction à hauteur du temps de travail qui y est effectivement consacré par le médiateur³⁰⁰. En définitive, quelle que soit l'origine des fonds, le médiateur sera payé par l'institution avec laquelle son contrat de travail a été signé.

L'on remarque alors une incompatibilité entre d'une part le lien de subordination des médiateurs hospitaliers et d'autre part le principe d'indépendance, d'impartialité et de neutralité dont ils ont besoin dans l'exercice de leur fonction. Il en résulte en réalité deux choses. D'une part, le médiateur souffre d'une perte d'autonomie³⁰¹. En effet, bien qu'il soit prévu qu'il ne « puisse être sanctionné pour des actes accomplis dans le cadre de l'exercice correct de cette mission »³⁰², les médiateurs ne disposent d'aucune protection spécifique contre leur

²⁹⁶ D. MATRAY et A.-J. VAN DEN BERG, L'indépendance et l'impartialité de l'arbitre », in *L'arbitre : pouvoirs et statuts*, Actes du colloque tenu au CEPANI le 28 mars 2003, Bruxelles, Bruylant, 2003, p. 85 (nous estimons que les éléments constitutifs de l'indépendance de l'arbitre peuvent se traduire d'une certaine manière pour celle du médiateur).

²⁹⁷ A.R. du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, art. 74ter, *M.B.*, 30 mai 2002, p. 23593.

²⁹⁸ C. LEVY et C. JACOB, *op. cit.*, p. 37, n° 65.

²⁹⁹ A.R. du 8 juillet 2003 précité, art. 1^{er}, § 1^{er}, al. 3.

³⁰⁰ Entretien accordé le 7 novembre 2019, par Mathieu Vanderheyden, médiateur au CHU Brugmann ; Entretien accordé le 24 janvier 2020, par Maria Alvares-Baranga, médiatrice aux cliniques universitaires de Saint-Luc.

³⁰¹ COMMISSION FÉDÉRALE « DROITS DU PATIENT », « Avis relatif à la fonction de médiation prévue dans la loi relative aux droits du patient : vers une professionnalisation, un statut, une harmonisation des pratiques dans l'intérêt de la qualité des soins », disponible sur www.organesdeconcertation.sante.belgique.be, 19 mai 2017, p. 4.

³⁰² A.R. du 8 juillet 2003 précité, art. 3.

licenciement³⁰³. Ceci étant, il est très difficile d'envisager que le médiateur ne se sente pas, ne fût-ce qu'un peu, concerné par les personnes qui font l'objet de la plainte. D'autre part, il arrive que la crédibilité du médiateur soit mise à mal. De fait, certains patients peuvent se montrer réticents à s'adresser à lui lorsqu'ils découvrent qu'il n'est autre qu'un salarié de l'hôpital³⁰⁴. Le médiateur doit alors lui démontrer sa capacité à gérer le conflit de manière totalement autonome. De ce point de vue, la pratique indépendante de la médiation dépend en fait de la personnalité du médiateur et de la relation qu'il peut établir dans l'institution³⁰⁵.

Cette incompatibilité est d'autant plus flagrante lorsqu'on regarde les critères de désignation du médiateur dans le cadre de la médiation extrajudiciaire. En effet, ce sont là soit les parties qui choisissent d'un commun accord un tiers neutre qui ne peut en aucun cas être lié à aucune d'elles, soit elles chargent un tiers de cette désignation³⁰⁶. En outre, les parties participeront par part égale aux honoraires de celui-ci, sauf si elles en conviennent autrement de manière expresse³⁰⁷. Dans certains cas, le coût de la médiation sera pris en charge par une personne tierce, qui peut être soit une assistance de protection juridique, soit l'État belge en cas d'assistance judiciaire³⁰⁸. Le fait que la nomination et rémunération du médiateur ne soient liées à aucune des parties en particulier garantit naturellement l'indépendance de sa fonction. Contrairement au médiateur « Droits du patient », son éthique personnelle n'en constituera pas la seule garantie.

80. Organisation de la fonction de médiation. L'hôpital qui décide d'organiser sa fonction de médiation en interne doit veiller à ce que le médiateur dispose d'un local de réception approprié au sein de l'institution, d'un numéro de téléphone et d'une adresse électronique exclusive³⁰⁹. Bien que la localisation intra-hospitalière du service de médiation puisse nuire à l'image de son indépendance, il faut reconnaître qu'elle présente l'avantage pour le médiateur de gérer la plainte de manière plus efficace³¹⁰. Outre le fait de pouvoir directement être interpellé par le patient, le médiateur a plus facilement accès aux praticiens professionnels grâce

³⁰³ COMMISSION FÉDÉRALE « DROITS DU PATIENT », « Avis relatif à la position du médiateur dans l'hôpital et sa relation vis-à-vis du gestionnaire hospitalier, de la direction et du médecin en chef », réf. CFDP/A/MED/1, disponible sur www.organesdeconcertation.sante.belgique.be, 22 janvier 2007, p. 10.

³⁰⁴ C. LEVY et C. JACOB, *op. cit.*, p. 66, n° 127.

³⁰⁵ Entretien accordé le 24 janvier 2020, par Maria Alvares-Baranga, médiatrice aux cliniques universitaires de Saint-Luc.

³⁰⁶ C. jud., art. 1730, § 1^{er}.

³⁰⁷ C. jud., art. 1731, § 1^{er}.

³⁰⁸ P.-P. RENSON, *op. cit.*, p. 75, n° 11.

³⁰⁹ A.R. du 8 juillet 2003 précité, art. 4, 4^o.

³¹⁰ C. LEVY et C. JACOB, *op. cit.*, p. 64, n° 120.

à la confiance qu'il acquiert auprès d'eux en travaillant dans le même environnement³¹¹. L'on remarque par exemple qu'à l'égard du service de médiation fédéral localisé à Bruxelles, l'absence de proximité freine un certain nombre de patients mécontents à porter plainte, ce qui va évidemment aussi à l'encontre du but du législateur³¹².

Le temps de travail consacré à la fonction de médiation n'est pas le même dans tous les hôpitaux. En effet, il oscille entre 1h et 38h par semaine suivant la taille de l'institution ou de l'importance que celle-ci lui accorde³¹³. Il arrive alors que le médiateur exerce une autre fonction dans l'hôpital concerné, en qualité par exemple de conseiller juridique ou d'assistant social³¹⁴. Il est évident qu'une telle pratique ne concorde pas avec l'indépendance dont le médiateur doit faire preuve³¹⁵. Cependant, en 2007, le législateur est intervenu pour interdire dans le même établissement le cumul de la fonction de médiateur avec celle de cadre ou de gestion (directeur, médecin-chef, chef du département infirmier ou président du conseil médical) ou celle de praticien professionnel au sens de la loi du 22 août 2002³¹⁶. Malgré cette première avancée, nous sommes d'avis qu'un pas supplémentaire devrait être franchi en interdisant tout cumul de fonctions au sein de l'hôpital, de manière à ce que celle de médiateur soit exclusive³¹⁷.

Comme nous l'avons vu (ci-avant, n° 26), l'ensemble des modalités d'organisation, du fonctionnement et de la procédure de plainte sont fixées dans un règlement d'ordre intérieur rédigé par le médiateur lui-même et approuvé par le gestionnaire de l'hôpital³¹⁸. Bien qu'il précise clairement que le médiateur exerce sa mission de manière indépendante et adopte une attitude impartiale dans ses contacts avec le patient et le praticien professionnel, son approbation en interne fait naturellement pencher la balance du côté de l'hôpital. D'autant plus que certains règlements prévoient une communication « systématique » du dépôt d'une

³¹¹ Entretien accordé le 24 janvier 2020, par Maria Alvares-Baranga, médiatrice aux cliniques universitaires de Saint-Luc.

³¹² FONDATION ROI BAUDOIN, « Gestion des plaintes et médiation en soins de santé : un bref état de la question en Belgique », disponible sur www.chu.ulg.ac.be, janvier 2009, p. 31.

³¹³ C. LEVY et C. JACOB, *op. cit.*, p. 39, n° 68.

³¹⁴ Proposition de loi modifiant la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient en vue d'accroître l'indépendance de la fonction de médiation, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 51-2033/001, p. 8.

³¹⁵ *Ibidem*.

³¹⁶ A.R. du 19 mars 2007 modifiant l'arrêté royal du 8 juillet 2003 fixant les conditions auxquelles la fonction de médiation doit répondre, art. 1^{er}, *M.B.*, 12 avril 2007, p. 20212.

³¹⁷ M.-N. DERÈSE, *La médiation dans les soins de santé : enjeux et perspectives*, *op. cit.*, p. 924, n° 794.

³¹⁸ Loi du 22 août 2002 précitée, art. 10.

plainte³¹⁹ ou du résultat de la médiation à la direction lorsque le patient ne lui a pas adressé directement la plainte mais est passé par la direction de l'hôpital qui lui a transférée par la suite³²⁰.

Bien que les principes d'indépendance, d'impartialité et de neutralité impliquent que le médiateur exerce sa mission sans l'intervention d'une personne extérieure³²¹, force est de constater que des contacts apparaissent justifiés et même indispensables lorsque le médiateur doit disposer d'informations nécessaires pour avancer dans le processus de médiation³²². Ce sera le cas lorsqu'il s'adresse à un praticien professionnel pour obtenir des éclaircissements sur des faits spécifiques de la cause puisqu'en principe, il n'a pas le droit de consulter le dossier médical du patient³²³. Il arrive que le médiateur y ait accès lorsqu'il est désigné par le patient comme étant sa personne de confiance, mais lorsque tel est le cas, l'on peut légitimement se demander si l'acceptation de cette fonction par le médiateur est réellement compatible avec son indépendance lorsque le praticien concerné par la plainte ne présente pas spontanément les pièces pertinentes du dossier³²⁴. Cela étant, le médiateur reste saisi de la plainte dès le moment de son dépôt jusqu'à la communication du résultat du traitement de la plainte³²⁵.

Nous concluons ce point en mentionnant qu'ici encore, l'encadrement de l'organisation de la médiation extrajudiciaire favorise l'exercice indépendant de la fonction du médiateur. D'une part, il dispose d'un local qui n'est attaché de fait à aucune des parties concernées et d'autre part, les parties définissent elles-mêmes avec l'aide du médiateur les modalités exactes qui entourent le processus de médiation qu'elles fixent dans un protocole de médiation³²⁶. Lorsqu'il s'agit d'un dossier techniquement ou légalement complexe, les parties et leurs conseils peuvent demander (ou le médiateur peut suggérer) l'intervention d'un expert dans la matière pour les aider à trouver une solution³²⁷. Celui-ci veille cependant à servir l'intérêt des deux parties et

³¹⁹ S. GRYSON, M.-N. VERHAEGEN, R. WILMOTTE et V. DEBREYNE, « Rapport annuel 2005 du service de médiation fédérale "Droits du patient" », disponible sur www.health.f-gov.be, 2006, p. 91.

³²⁰ C. LEVY et C. JACOB, *op. cit.*, p. 66, n° 128.

³²¹ COMMISSION FÉDÉRALE « DROITS DU PATIENT », « Avis relatif à la position du médiateur dans l'hôpital et sa relation vis-à-vis du gestionnaire hospitalier, de la direction et du médecin en chef », réf. CFDP/A/MED/1, disponible sur www.organesdeconcertation.sante.belgique.be, 22 janvier 2007, p. 5.

³²² *Ibidem*.

³²³ *Ibidem*.

³²⁴ ORDRE DES MÉDECINS, « Avis sur la fonction de médiation », disponible sur www.ordomedic.be, 21 mai 2005, p. 3.

³²⁵ A.R. du 8 juillet 2003 précité, art. 4.

³²⁶ C. jud., art. 1731.

³²⁷ C. SMETS-GARY et M. BECKER, *Médiation et techniques de négociation intégrative*, Bruxelles, Larcier, 2011, pp. 315-316.

n'est donc en aucun cas l'auxiliaire du médiateur³²⁸. Les parties fixeront d'ailleurs elles-mêmes les modalités de son intervention³²⁹.

Section 3. Le statut du médiateur externe

81. Collaboration. Certains hôpitaux ont pris le pli d'organiser leur service de médiation en commun avec un ou plusieurs hôpitaux sur la base d'un accord de collaboration entre eux³³⁰. Dans ce cas, la personne désignée en tant que médiateur sera extérieure et ne sera liée à aucune des structures de soins en particulier³³¹.

A titre d'exemple, le Centre Hospitalier régional de Huy et la Clinique Reine Astrid à Malmédy font appel à la fonction de médiation nommée « Le médiateur hospitalier » organisée au sein de l'ASBL Santhea dont ils font partie³³². Le budget annuel qui leur est alloué pour l'organisation de la fonction de médiation est alors transféré à cette association³³³. A première vue, l'on pourrait penser qu'en procédant de cette manière, l'objectif initial du législateur de garantir l'accès aux patients à une fonction de médiation totalement indépendante est rempli. Cependant, ce n'est pas tout à fait le cas, puisqu'il s'avère que Santhea est une fédération patronale d'institutions de soins de santé wallonnes et bruxelloises, c'est-à-dire des employeurs hospitaliers³³⁴. L'on peut tout de même se réjouir du fait qu'un échelon supplémentaire est ainsi établi entre le gestionnaire de l'hôpital et le médiateur³³⁵.

82. Plate-forme de concertation. La plupart des hôpitaux psychiatriques, quant à eux, décident de recourir aux services du médiateur de la plate-forme de concertation dont ils font éventuellement partie³³⁶. Dans ce cas-là, le médiateur est engagé par l'ASBL et dispose de permanences dans les hôpitaux affiliés à la fonction de médiation de la plate-forme³³⁷. Des règles d'incompatibilité de fonction semblables à celles du médiateur hospitalier interne sont prévues dans le but de garantir son indépendance par rapport aux institutions membres³³⁸.

³²⁸ *Ibidem*, p. 316

³²⁹ *Ibidem*, p. 318.

³³⁰ Entretien accordé le 8 novembre 2019, par Françoise Claessens, médiatrice à l'Institut Jules Bordet.

³³¹ *Ibidem*.

³³² *Ibidem*.

³³³ *Ibidem*.

³³⁴ SANTHEA, « A propos », disponible sur www.santhea.be, *s.d.*, consulté le 29 mai 2020.

³³⁵ C. LEVY et C. JACOB, *op. cit.*, p. 37, n° 66.

³³⁶ Entretien accordé le 8 juin 2020, par Delphine Dortu, médiatrice de la plate-forme psychiatrique liégeoise.

³³⁷ *Ibidem*.

³³⁸ A.R. du 10 juillet 1990 précité, art. 13, al. 4.

En théorie, la plate-forme reçoit un financement structurel de base de la Région³³⁹ en fonction du nombre d'habitants de la province qu'elle couvre et une participation financière de chaque hôpital psychiatrique qui utilise son service de médiation dont le montant doit être fixé annuellement dans une convention établie entre eux³⁴⁰. Néanmoins, puisqu'aucune règle légale n'encadre ce transfert, il existe des divergences en pratique³⁴¹. Alors que certains hôpitaux décident d'allouer la totalité du budget qui est en principe réservé pour la fonction de médiation, d'autres décident de n'en transférer qu'une partie³⁴². Chaque hôpital détermine donc lui-même si et combien il reversera à la plate-forme chaque année³⁴³.

Le fait que le médiateur ne soit pas sous contrat de travail avec les hôpitaux concernés est souvent vu comme un gage de son indépendance. Cependant, le comité de la plate-forme responsable de sa nomination est lui-même composé de représentants des services et institutions faisant partie de l'association³⁴⁴. De ce fait, une subordination indirecte existe entre le médiateur et les différentes institutions pour lesquelles il travaille. Selon la médiatrice de la plate-forme de concertation des régions du centre et de Charleroi, « il est extrêmement difficile d'exercer sa fonction de manière totalement impartiale lorsque votre employeur est en réalité le directeur de l'hôpital dans lequel vous travaillez la majorité de votre temps »³⁴⁵. Outre cela, le règlement d'ordre intérieur rédigé par les soins du médiateur est soumis à l'approbation dudit comité³⁴⁶.

L'indépendance des médiateurs employés par une plate-forme n'est donc que relative. On le voit, outre le lien de subordination indirecte qui existe entre les institutions attachées à la plate-forme et le médiateur, « la manière dont les sommes à destination de la plate-forme et de son service de médiation transitent par les hôpitaux psychiatriques composant la plate-forme met en danger l'indépendance du médiateur »³⁴⁷. Les hôpitaux pourraient en effet décider d'arrêter

³³⁹ Entretien accordé le 8 juin 2020, par Delphine Dortu, médiatrice de la plate-forme psychiatrique liégeoise.

³⁴⁰ COMITÉ DE COORDINATION DES HÔPITAUX, « Projet d'avis relatif au financement de la fonction de médiation », disponible sur www.mediateurs-amis.be, 8 novembre 2012, p. 4. ; A.R. du 25 avril 2002 précité, art. 74ter.

³⁴¹ COMITÉ DE COORDINATION DES HÔPITAUX, *op. cit.*

³⁴² COMITÉ DE COORDINATION DES HÔPITAUX, *op. cit.*

³⁴³ COMMISSION FÉDÉRALE « DROITS DU PATIENT », « Avis relatif à l'évaluation de la médiation et du fonctionnement de la fonction de médiation dans le secteur des soins de santé », réf. CFDP/VH/RE/2011/2, disponible sur www.organesdeconcertation.sante.belgique.be, 10 juin 2011, p. 8.

³⁴⁴ A.R. du 10 juillet 1990 précité, art. 6.

³⁴⁵ Entretien accordé le 8 juin 2020, par Olivia Jeunejean, médiatrice de la plate-forme psychiatrique des Régions du Centre et de Charleroi.

³⁴⁶ A. R. du 10 juillet 1990 précité, art. 21, al. 2. La remarque faite à cet égard dans le contexte de la médiation hospitalière organisée en interne se traduit alors de la même manière dans ce contexte.

³⁴⁷ M.-N. DERÈSE, *La médiation dans les soins de santé : enjeux et perspectives*, *op. cit.*, p. 931, n° 799.

de verser leurs subsides s'ils ne sont pas totalement satisfaits des services du médiateur, puisqu'à l'heure actuelle, aucun contrôle des flux financiers n'est mis en place³⁴⁸. D'autant plus que le manque de contrôle ne constitue forcément pas l'objet principal des préoccupations des plates-formes étant donné qu'elles sont dirigées par les représentants des institutions affiliées à elles.

Section 4. Conclusion

83. Constat. L'indépendance du médiateur hospitalier est mise à mal tant lorsqu'il est engagé par la direction de l'hôpital que lorsqu'il l'est par la plate-forme de concertation ou une autre forme d'association. D'une manière ou d'une autre, le médiateur est lié à l'établissement dans lequel le praticien dont le comportement est mis en cause par le patient travaille.

84. Perspectives. Selon nous, la désignation et rémunération du médiateur par un organe extérieur aux différentes structures (hôpital ou plate-forme) constituerait la première piste à suivre pour solutionner le problème fondamental que constitue le manque d'indépendance. En outre, nous rejoignons la Commission fédérale « Droits du patient » qui souligne la nécessité d'élaborer un modèle standard de règlement d'ordre intérieur³⁴⁹, afin d'éviter que des éléments y introduits n'entrent en contradiction avec les dispositions de la législation des droits du patient relatives à son indépendance et son impartialité³⁵⁰. Enfin, il est nécessaire que la fonction de médiation des plates-formes de concertation en santé mentale soit directement financée par le service public et ne transite plus par les hôpitaux psychiatriques qui s'y attachent³⁵¹.

85. Solutions déjà envisagées. Plusieurs propositions ont d'ailleurs été émises dans ce sens. Pour n'en citer que deux, Madame Hilde Claes, député flamande licenciée en droit, a imaginé en 2005 l'instauration d'un service de médiation par province qui serait chargé de désigner les médiateurs hospitaliers et de traiter des plaintes déposées en dehors du milieu hospitalier. Cette proposition présentait l'avantage non seulement de renforcer l'indépendance des médiateurs hospitaliers mais aussi de créer un service de plainte plus proche (que le service de médiation

³⁴⁸ COMMISSION FÉDÉRALE « DROITS DU PATIENT », « Avis relatif à l'évaluation de la médiation et du fonctionnement de la fonction de médiation dans le secteur des soins de santé », *op. cit.*, p. 8.

³⁴⁹ COMMISSION FÉDÉRALE « DROITS DU PATIENT », « Avis relatif à la position du médiateur dans l'hôpital et sa relation vis-à-vis du gestionnaire hospitalier, de la direction et du médecin en chef », *op. cit.*, p. 12.

³⁵⁰ COMMISSION FÉDÉRALE « DROITS DU PATIENT », « Avis relatif au règlement intérieur de la fonction de médiation dans les hôpitaux et les plates-formes de concertation en santé mentale », réf. CFDP/MED, disponible sur www.organesdeconcertation.sante.belgique.be, 12 juin 2009, p. 3.

³⁵¹ M.-N. DERÈSE, *La médiation dans les soins de santé : enjeux et perspectives*, *op. cit.*, p. 931, n° 799.

fédéral) pour le patient recevant des plaintes en dehors d'un hôpital³⁵². La même année, la *Vlaams Patiëntenplatform* préconisait quant à elle d'extraire carrément tous les services de médiation des hôpitaux et de les réunir au sein d'un organisme indépendant, comme c'est déjà le cas pour les institutions et services en santé mentale qui recourent aux services du médiateur de la plate-forme à laquelle ils sont (éventuellement) rattachés³⁵³. Par ailleurs, elle sollicitait que le contrat de travail du médiateur soit lié au service de médiation fédéral. Malheureusement, aucune de ses solutions n'a été retenue³⁵⁴.

Chapitre IV. Le caractère confidentiel de la médiation

86. La confidentialité a toujours été le catalyseur d'une parole libérée et constructive. Dans ce chapitre, nous détaillerons de quelle manière elle favorise les échanges mais également de quelle manière elle doit être garantie.

Section 1. Le secret professionnel

87. Principe. Étant donné que le médiateur ne peut prendre parti ni pour le praticien professionnel ou l'institution de soins concernés par la plainte, ni pour le patient mécontent, il est tenu de respecter le secret professionnel auquel l'article 458 du Code pénal fait référence³⁵⁵. Cela signifie qu'en principe, le médiateur ne peut pas diffuser des informations dont il a connaissance du fait de sa fonction, c'est-à-dire dans son cas, celles relatives à une plainte³⁵⁶. Son rôle consiste alors à « être un éveilleur de la parole en même temps qu'un gardien du silence »³⁵⁷.

³⁵² Proposition de loi modifiant, en ce qui concerne la fonction de médiation, la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2109/1, art. 2.

³⁵³ VLAAMS PATIENTENPLATFORM VZW, «Voorstellen tot aanpassing van de wet op patiëntenrechten van 22 augustus 2002 », disponible sur www.vlaamspatiëntenplatform.be, 17 novembre 2005, p. 5.

³⁵⁴ M.-N. DERÈSE, « La médiation dans le domaine des soins de santé : la notion de plaignant, l'indépendance et la formation du médiateur – situation en droits belge, néerlandais et français », in *Évolution des droits du patient, indemnisation sans faute des dommages liés aux soins de santé : le droit médical en mouvement* (sous la dir. de G. SCHAMPS), Bruxelles, Bruylant, 2008, pp. 345 et 348, n°s 58 et 59.

³⁵⁵ Loi du 22 août 2002 précitée, art. 11, § 3.

³⁵⁶ C. jud., art. 1728, § 2.

³⁵⁷ M. BOURRY D'ANTIN, G. PLUYETTE et S. BENSIMON, *Arts et technique de la médiation*, 1^{er} éd., Paris, Litec, 2004, p. 23.

Bien qu'un grand nombre de professions soit tenu au respect du secret professionnel, les personnes qui travaillent dans le domaine médical sont les premières concernées, puisqu'elles manipulent des données relatives à la santé qui sont considérées comme sensibles³⁵⁸.

88. Vis-à-vis d'autres acteurs de la santé. Le principe du secret professionnel voudrait que le médiateur ne communique aucune information, ni à la plate-forme ou à la direction de l'hôpital ou de l'institution dans lequel il travaille, ni à un autre service de l'établissement³⁵⁹.

Comme mentionné précédemment (ci-avant, n° 80), il arrive souvent que le médiateur ressente le besoin de s'adresser de manière ponctuelle à des personnes extérieures au processus pour obtenir des informations qui lui semble nécessaires à la résolution de la médiation. Nous l'avons vu, cette personne tierce peut être un médecin spécialisé, mais il peut aussi s'agir d'un juriste par exemple³⁶⁰. Dans ces cas-là, le médiateur est parfois contraint de divulguer des données relatives aux faits de la cause ou à l'identité du plaignant, ce qui va à l'encontre non seulement de son indépendance, mais aussi de son rôle de confident³⁶¹ et de la crédibilité du processus dans son entièreté³⁶².

A cet égard, le Conseil national de l'Ordre des médecins a néanmoins estimé utile de préciser qu'il était absolument exclu que le médiateur informe le médecin-chef d'une plainte contre un médecin et l'associe à son traitement³⁶³.

En outre, l'on peut parfois se demander si l'obligation pour le médiateur de rédiger un rapport annuel et de le transmettre à la direction ne va pas à l'encontre de son obligation de garder le secret³⁶⁴. Certes, les informations qui s'y retrouvent ne permettent pas d'identifier les personnes physiques qui ont été concernées par la plainte³⁶⁵. Néanmoins, la question se pose de savoir dans quelle mesure peut-on encore parler d'anonymat lorsque la direction de l'établissement s'est vue impliquée dans le processus de la plainte³⁶⁶.

³⁵⁸ PLATE-FORME DE CONCERTATION EN SANTÉ MENTALE DE LA PROVINCE DU LUXEMBOURG, « Secret professionnel », disponible sur www.platformepsylux.be, s.d., consulté le 4 août 2020.

³⁵⁹ S. GRYSON, M.-N. VERHAEGEN et V. DEBREYNE, « Rapport annuel 2009 du service de médiation fédérale "Droits du patient" », disponible sur www.health.f-gov.be, 2010, p. 56.

³⁶⁰ *Ibidem*, p. 57.

³⁶¹ *Ibidem*.

³⁶² M.-N. DERÈSE, *La médiation dans les soins de santé : enjeux et perspectives*, op. cit., p. 954, n° 818.

³⁶³ ORDRE DES MÉDECINS, op. cit., p. 5.

³⁶⁴ C. LEVY et C. JACOB, op. cit., p. 68, n° 132.

³⁶⁵ A.R. du 8 juillet 2003 précité, art. 9, § 1^{er}.

³⁶⁶ C. LEVY et C. JACOB, op. cit., p. 68, n° 132.

89. Vis-à-vis de la justice. Selon l'article 458 du Code pénal, les garants du secret professionnel peuvent être appelés à témoigner en justice pénale³⁶⁷. Le médiateur peut donc soit décider de parler, auquel cas il n'encourra aucune sanction pénale, mais peut aussi décider de garder le silence en invoquant le secret professionnel³⁶⁸. Dans ce cas, le juge ne peut pas le forcer à parler, sauf s'il décide qu'il n'y a pas de secret professionnel qui tienne dans le cas d'espèce vu les éléments de la cause³⁶⁹. Par contre, ne devrait-on pas, à l'instar de ce qui est prévu dans la réglementation de la médiation du Code judiciaire, prévoir une interdiction d'être appelé comme témoin par les parties dans une procédure civile ou administrative en relation avec les faits dont il a pris connaissance durant le processus de médiation ?³⁷⁰. Une telle disposition permet d'une part de limiter la possibilité d'un témoignage en justice par le médiateur à une procédure pénale et d'autre part, de souligner le fait que le médiateur est le confident des deux parties en litige et donc que tant le patient que le praticien professionnel ou l'institution de soins doivent pouvoir lui faire confiance³⁷¹. En outre, si l'on veut qu'à l'avenir le médiateur « Droits du patient » puisse avoir recours aux services spécialisés d'un expert dans des dossiers complexes, il est nécessaire que ce dernier soit soumis à la même obligation de secret, comme le Code judiciaire le prévoit pour celui qui intervient dans le cadre de la médiation extrajudiciaire³⁷².

90. Conclusion. Les informations liées aux parties sont en réalité leur « propriété », elles-mêmes doivent pouvoir décider de la publicité qu'elles souhaitent éventuellement leur en donner. De notre avis, il serait utile que la législation précise les modalités exactes du transfert de certaines informations par les médiateurs, d'autant plus quand certains nous confient avoir déjà été sollicités à cette fin par l'Ordre des médecins, les compagnies d'assurance des médecins ou encore la police³⁷³. En outre, l'on peut se demander si la dénonciation de pratiques à la direction ne devrait pas tout simplement être laissée à l'appréciation du patient³⁷⁴.

³⁶⁷ C. pén., art. 458.

³⁶⁸ E. BARTHÉLEMI, C. MEERSSEMAN et F. SERVAIS, *Confidentialité et secret professionnel : enjeux pour une société démocratique*, Paris, Fabert, 2011, pp. 36-37.

³⁶⁹ ORDRE DES MÉDECINS, « L'article 458 du Code pénal et la production des documents ordonnée par le juge », disponible sur www.ordomedic.be, 1^{er} janvier 1976, p. 1.

³⁷⁰ C. jud., art. 1728, § 2.

³⁷¹ VERHAEGEN M.-N., « Rapport annuel 2004 du service de médiation fédérale "Droits du patient" », disponible sur www.health.f-gov.be, 2005, p. 90.

³⁷² C. jud., art. 1728, § 3.

³⁷³ GRYSON S., VERHAEGEN M.-N. et DEBREYNE V., *op. cit.*, p. 56.

³⁷⁴ M.-N. VERHAEGEN, « La gestion de plaintes de patients auprès des services de médiation selon la loi relative aux droits du patient », in *Évolution des droits du patient, indemnisation sans faute des dommages liés aux soins de santé : le droit médical en mouvement* (sous la dir. de G. SCHAMPS), Bruxelles, Bruylant, 2008, p. 293, n° 44.

Section 2. La confidentialité

91. Principe. Le devoir de discrétion que requiert la confidentialité ne repose pas sur un article du Code pénal³⁷⁵. Néanmoins, comme c'est le cas pour le secret professionnel, la violation du devoir de confidentialité est susceptible d'entraîner la responsabilité civile ou disciplinaire de celui qui y est soumis³⁷⁶, à savoir les parties, le médiateur et toutes les personnes intervenant au cours de la médiation³⁷⁷. En effet, le point fort de la médiation réside sans nul doute dans l'échange à huit clos d'informations entre le patient, le praticien professionnel ou l'institution de soins³⁷⁸. Il est donc absolument nécessaire que les deux parties aient la garantie qu'aucun de leurs échanges (déclarations orales ou documents écrits) ne puisse être utilisé ultérieurement devant d'autres instances³⁷⁹. La garantie de confidentialité est d'autant plus primordiale lorsqu'une question de responsabilité est mise sur la table.

92. Garantie. Bien que la confidentialité soit mentionnée dans la majorité des règlements d'ordre intérieur établis par les services de médiation, l'on peut regretter qu'aucune référence n'y soit faite par la législation relative aux droits du patient. Cela signifie qu'à l'heure actuelle, rien n'interdit formellement des instances extérieures à utiliser les échanges de médiation.

Par analogie, l'on constate que le Code judiciaire a garanti de manière aussi absolue la confidentialité des communications entre parties à une médiation extrajudiciaire que le secret professionnel du médiateur. Dans ce sens, le Code judiciaire prévoit que les documents établis et les communications faites au cours d'une procédure de médiation et pour les besoins de celle-ci sont confidentiels³⁸⁰. Ils ne sont donc admissibles comme preuve dans aucune procédure que ce soit, même pas comme aveu extrajudiciaire³⁸¹, la confidentialité ne pouvant en fait être levée

³⁷⁵ J.-P. BUYLE and G. LAGUESSE, « Professional Privilege, and Confidentiality : the Belgian and European Perspective », *European Journal of Consumer Law*, 2011/3, p. 619, n° 18.

³⁷⁶ *Ibidem*.

³⁷⁷ J.-C. LEMAN, « Protocole de médiation », disponible sur www.socialenergie.be, *s.d.*, consulté le 4 août 2020.

³⁷⁸ VERHAEGEN M.-N., « Rapport annuel 2004 du service de médiation fédérale "Droits du patient" », *op. cit.*, p. 82 ; N. FRENKEL and J. STARK, *The Practice of Mediation*, 3^e éd., New-York, Kluwer, 2018, pp. 349-350.

³⁷⁹ VERHAEGEN M.-N., « Rapport annuel 2004 du service de médiation fédérale "Droits du patient" », *op. cit.*, p. 82.

³⁸⁰ C. jud., art. 1728, § 1^{er}, al. 1^{er}.

³⁸¹ *Ibidem*.

qu'en cas d'accord des deux parties³⁸² ou lorsqu'un état de nécessité³⁸³ le justifie³⁸⁴. A l'inverse, les parties peuvent depuis 2018 décider de renforcer davantage la confidentialité en y incluant les informations et documents qu'elles disposaient préalablement à l'entame de la médiation³⁸⁵. Qui plus est, il est prévu que tout tiers et expert intervenant sera soumis à la même obligation³⁸⁶.

L'insertion d'une disposition similaire dans la loi relative aux droits du patient impliquerait non seulement une interdiction de produire ce qui a été échangé dans le cadre spécifique de la médiation devant les juridictions (sauf avec l'accord des parties), mais empêcherait aussi des instances non juridictionnelles, telles que les mutualités ou les compagnies d'assurance, d'utiliser les pièces et communications échangées dans leur travail³⁸⁷.

93. Conclusion. La situation actuelle ne permet pas donc pas d'instaurer le climat de confiance nécessaire au déroulement efficace de la médiation. Nous rejoignons ainsi le point de vue d'une juriste sur la question : « *Het is derhalve duidelijk dat het klachtrechtsysteem voor patiënten en hieraan gekoppeld de Wet Patiëntenrechten met zijn uitvoeringsbesluiten nog geen eindfase heeft bereikt. Indien men het bemiddelingstraject bij de ombudsfunctie optimaal wil laten functioneren, zonder de huidige waas van wantrouwen, is een wettelijk ingrijpen noodzakelijk. Enkel wanneer de partijen (zowel de beroepsbeoefenaar als de patiënt) zeker zijn dat de gevoelige en persoonlijke informatie uitgewisseld tijdens de bemiddelingsprocedure later op geen enkele manier tegen hen gebruikt kan worden, zullen ze openlijk en zonder scrupules of terughoudendheid meewerken. Op die manier zal de procedure niet enkel vlotter verlopen, de werkelijke belangen, gevoelens en meningen van beide partijen zullen eveneens naar boven komen. Op basis van deze informatie kan dan met een bereidwilligheid van beide partijen gezocht worden naar een onderling aanvaardbare oplossing* »³⁸⁸.

³⁸² C. jud., art. 1728, § 1^{er}, al. 3.

³⁸³ « L'état de nécessité est une situation dans laquelle se trouve une personne devant commettre une infraction pour éviter un péril grave et imminent. L'état de nécessité suppose la réunion de conditions strictes, à savoir un rapport de proportionnalité entre le bien sacrifié et celui qui est sauvegardé, l'existence d'un péril grave et imminent, la nécessité de l'infraction pour l'éviter et le fait que l'agent n'ait pas créé par son fait la situation qui le met en état de nécessité » (P.-P. RENSON, *La médiation civile et commerciale : comment éviter les aléas, le coût et la durée d'un procès*, Louvain-la-Neuve, Anthémis, 2010, p. 96).

³⁸⁴ RENSON P.-P., « La médiation et les enjeux liés à la formation des médiateurs agréés », *op. cit.*, p. 72, n° 5.

³⁸⁵ C. jud., art. 1728, § 1^{er}, al. 3. Sur ce sujet, voy. entre autres S. BROUWERS, « Het juridisch statuut van de advocaat-scheidingsbemideaar », *R.W.*, 1998-1999, p. 629.

³⁸⁶ C. jud., art. 1728, § 2.

³⁸⁷ S. GRYSON, M.-N. VERHAEGEN, R. WILMOTTE et V. DEBREYNE, « Rapport annuel 2006 du service de médiation fédérale "Droits du patient" », disponible sur www.health.f-gov.be, 2007, p. 74.

³⁸⁸ (Trad. libre) « Pour que le processus de médiation au sein du bureau du médiateur fonctionne de manière optimale, sans le voile de méfiance actuel, une intervention juridique est nécessaire. Ce n'est que lorsque les parties - tant le professionnel que le patient - sont certaines que les informations sensibles et personnelles échangées au cours de la procédure de médiation ne pourront par la suite être utilisées contre elles de quelque manière que ce

Chapitre V. Légitimité de la médiation vis-à-vis du système judiciaire

94. Un autre élément important de la médiation est son interaction avec le système judiciaire. Cela passe dans un premier temps par la possibilité de suspendre les prescriptions liées à un droit (section 1) et dans un second temps, par la faculté de faire reconnaître le processus par le juge (section 2).

Section 1. Incidence sur les délais de prescription

95. Délais de prescription. Dans le contexte particulier des soins de santé, il nous semble important de rappeler que l'action en réparation d'un dommage est soumise à un délai de prescription. Celui-ci est de dix ans lorsqu'elle se fonde sur une responsabilité contractuelle, mais de cinq ans, à compter du jour qui suit celui où la personne a connaissance de son dommage ou de son aggravation et de l'identité de la personne responsable, lorsque l'action se fonde sur une responsabilité extra-contractuelle³⁸⁹.

96. Suspension. Nous l'avons vu (ci-avant, n° 54), lorsqu'un patient subit un dommage en lien causal avec la violation d'un des droits que lui confère la loi du 22 août 2002, il peut entamer dans un premier temps une médiation pour obtenir des éclaircissements de la part du praticien. Cependant, ladite loi ne prévoit aucune suspension de délai concernant son éventuelle demande d'indemnisation en justice fondée sur la responsabilité du praticien professionnel ou de l'institution de soins³⁹⁰. Dès lors, il est évident qu'en cas de suspicion d'erreur médicale de la part du praticien professionnel (particulièrement), un patient réfléchira peut-être à deux fois avant d'entamer le processus à l'amiable, de peur de perdre le temps nécessaire à introduire une action en réparation devant le juge, surtout lorsqu'aucun contrat ne lie les parties.

A cet égard, les dispositions instaurées par le Code judiciaire doivent à nouveau constituer une source d'inspiration pertinente pour améliorer la médiation instaurée dans les soins de santé. En effet, il est expressément prévu que lorsqu'une partie sollicite une médiation extrajudiciaire

soit, qu'elles coopéreront ouvertement et sans scrupules ni réticences. De cette manière, la procédure se déroulera non seulement plus facilement, mais les intérêts, les sentiments et les opinions réels des deux parties se manifesteront également. Sur la base de ces informations, il sera alors possible, avec la volonté des deux parties, de rechercher une solution mutuellement bénéfique » (C. HERIJGERS, « De vertrouwelijkheid en het gebruik van ombudsgegevens uit ziekenhuizen », *Tijdschrift voor gezondheidsrecht*, 2015, n° 3, p. 8).

³⁸⁹ C. civ., art. 2262bis, § 1^{er}, al. 1^{er} et 2.

³⁹⁰ C. LEVY et C. JACOB, *op. cit.*, p. 29, n° 52.

par l'envoi d'un recommandé contenant la réclamation d'un droit, sa demande suspend le cours de la prescription de l'action liée à ce droit pendant un mois³⁹¹. Si les parties signent le protocole de médiation endéans ce mois, la prescription ne reprendra pas son cours puisqu'il est prévu que ladite signature suspend le cours de la prescription durant la médiation³⁹². La suspension prendra uniquement fin un mois après la notification par l'une des parties à l'autre de sa volonté de mettre fin au processus de règlement à l'amiable³⁹³.

Section 2. La force exécutoire

97. Principe. Nous l'avons vu (ci-avant, n° 29), dans le milieu des soins de santé, les seules formalités concernant le traitement de la plainte qui s'imposent au médiateur sont celles d'enregistrer le contenu de la plainte et le résultat de son traitement³⁹⁴. Le but principal de la médiation étant à l'heure actuelle de rétablir la communication entre les parties, la loi ne prévoit en aucune cas la rédaction d'un accord par lequel les parties reconnaîtraient leurs engagements respectifs.

Tous les médiateurs que nous avons rencontrés sont d'avis qu'une telle pratique formaliserait trop le processus de la médiation instituée dans les soins de santé dont la force réside justement dans sa simplicité. Cependant, selon nous, elle est absolument fondamentale si l'on veut qu'à l'avenir, le médiateur « Droits du patient » dispose d'autant d'outils et garanties que le médiateur intervenant dans le cadre d'une médiation extrajudiciaire nécessaires pour encadrer des négociations plus complexes comme celle de l'indemnisation. C'est d'ailleurs pour cette raison que le Code judiciaire prévoit l'élaboration et la signature d'un tel accord de médiation³⁹⁵. Les parties y établissent tous les faits et droits qui constituent la solution du conflit et qui seront valables entre elles³⁹⁶. Le médiateur s'assure alors qu'il reflète de manière fidèle la volonté des parties³⁹⁷.

³⁹¹ C. jud., art. 1730, § 3.

³⁹² C.jud., art. 1731, § 3.

³⁹³ C. jud., art. 1731, § 4.

³⁹⁴ A.R. du 8 juillet 2003 précité, art. 6, § 1^{er} ; A.R. du 10 juillet 1990 précité, art. 16 ; A.R. du 1^{er} avril 2003 précité, art. 10, § 3.

³⁹⁵ C. jud., art. 1732.

³⁹⁶ COMMISSION FÉDÉRALE DE MÉDIATION, « Homologation d'un accord », disponible sur www.cfm-fbc.be, *s.d.* consulté le 21 juin 2020.

³⁹⁷ Code de bonne conduite du médiateur agréé, art. 21, al. 2.

98. Effet d'un accord. En réalité, qui dit accord de médiation, dit possibilité pour les parties d'obtenir son homologation par le juge. Il est vrai qu'étant une convention signée entre les parties, l'accord tient lieu de loi à ceux qui l'ont conclu³⁹⁸. L'on peut donc légitimement attendre d'elles qu'elles l'exécutent de bonne foi dès sa conclusion³⁹⁹. Cependant, par sécurité, et dans l'intérêt de toutes les parties, il est primordial qu'elles puissent s'assurer de son exécution forcée par le biais de l'homologation judiciaire⁴⁰⁰.

99. Homologation. Lorsque les parties à une médiation extrajudiciaire prennent une telle décision, elles acceptent en fait implicitement mais de manière certaine de lever la confidentialité de leur accord⁴⁰¹⁻⁴⁰². Elle introduisent alors une demande par voie de requête unilatérale devant le juge compétent⁴⁰³ et celui-ci ne peut refuser l'homologation de l'accord que s'il estime qu'il viole l'ordre public⁴⁰⁴ ou si le médiateur n'était pas agréé⁴⁰⁵. Cela relève alors à nouveau l'importance de la formation du médiateur (ci-avant, n^{os} 69 et s.). Il ne faut peut-être pas nécessairement qu'il soit juriste, mais il peut s'avérer judicieux qu'il maîtrise le droit applicable à la matière en litige, dans le sens où il est « garant de la légalité de l'accord »⁴⁰⁶.

100. Nécessité dans les soins de santé. « L'ordonnance d'homologation a les effets d'un jugement au sens de l'article 1043 du Code judiciaire »⁴⁰⁷. Autrement dit, en actant l'accord des parties, le juge leur procure en réalité un acte authentique avec tous les effets qui s'y attachent⁴⁰⁸. Ledit accord n'est donc susceptible d'aucun recours, à moins qu'il n'ait pas été légalement formé et sauf les voies d'interprétation ou de rectification⁴⁰⁹. Il est dès lors évident, selon nous, que l'issue de la médiation « Droits du patient » doit bénéficier d'une telle garantie procédurale, surtout si l'on imagine que la réparation d'un dommage puisse y être négociée.

³⁹⁸ C. civ., art. 1134, al. 1^{er}.

³⁹⁹ C. civ., art. 1134, al. 2.

⁴⁰⁰ P.-P. RENSON, *op. cit.*, p. 93, n^o 50 ; P.-P. RENSON, *La médiation civile et commerciale : comment éviter les aléas, le coût et la durée d'un procès*, *op. cit.*, p. 76 ; A. BRIDOUX, « Chapitre 5 – Homologation », in *Les écrits en médiation selon le Code judiciaire*, Bruxelles, Larcier, 2015, p. 78.

⁴⁰¹ Liège (1^{ère} ch.), 15 janvier 2007, *J.L.M.B.*, 2007, p. 532.

⁴⁰² D'ailleurs, « sauf volonté contraire des parties exprimée par écrit, n'est pas visé par l'obligation de confidentialité l'accord de médiation signé par les parties » (C. jud., art. 1728, § 1^{er}, al. 2).

⁴⁰³ C. jud., art. 1733, al. 1^{er}.

⁴⁰⁴ C. jud., art. 1733, al. 2.

⁴⁰⁵ C. jud., art. 1733, al. 1^{er}.

⁴⁰⁶ P.-P. RENSON, *op. cit.*, p. 100, n^o 66.

⁴⁰⁷ C. jud., art. 1733, al. 3.

⁴⁰⁸ V. D'HUART, *op. cit.*, p. 45, n^o 56.

⁴⁰⁹ C. civ., art. 1043, al. 2.

101. Conclusion préliminaire. La question de l'homologation judiciaire rejoint en réalité celle de la publicité de la médiation dans les soins de santé. En effet, au-delà de la première difficulté découlant de son manque de visibilité, l'impossibilité d'obtenir la reconnaissance de l'accord qui en résulterait par le système judiciaire aura parfois raison de la volonté du patient d'engager le processus. Et l'absence des garanties juridiques essentielles de la médiation institutionnelle en sont précisément la cause, à savoir la qualification du médiateur, l'indépendance et l'impartialité du médiateur, le secret professionnel du médiateur, le caractère confidentiel du processus et la consignation d'un écrit. Il est évident que l'homologation judiciaire de l'accord des parties obtenu avec l'aide du médiateur institutionnel permettrait non seulement d'alléger la tâche du juge mais aussi de l'encourager à prescrire cette médiation de manière sereine en matière de soins de santé.

Titre III. Nouveau système de médiation dans les soins de santé

Chapitre I. Grandes lignes de la réforme

102. Principe sous-jacent. Après avoir mis en évidence les failles de la médiation instaurée dans les soins de santé, nous allons désormais tenter d'élaborer un nouveau système en nous inspirant le plus possible de celui instauré par le Code judiciaire. Le but n'est évidemment pas de créer un substitut à la médiation extrajudiciaire, mais d'offrir au patient et au prestataire de soins une alternative, *spécifique* aux soins de santé, autant que possible *préalable* à la procédure en justice, et en dehors de l'intervention du juge en ce qui concerne son organisation.

Pour cela, outre le renforcement de la sécurité juridique du processus et l'établissement d'un statut spécifique au médiateur, c'est la reconnaissance de son institution par l'ordre judiciaire dans son entièreté qui doit être établie.

103. Centralisation⁴¹⁰. Par souci de facilité d'organisation et d'accessibilité, il nous semble alors pertinent de regrouper les trois services de médiation actuels en un seul institué au niveau de chaque province. Le but est de respecter au mieux le principe de proximité qui, comme nous l'avons vu, constitue un élément positif du système initial, tout en garantissant au médiateur une indépendance, fondamentale à l'essence de sa fonction.

Chapitre II. Concrétisation de la réforme à travers des textes de lois

104. 1^{er} SEPTEMBRE 2020. – Loi portant des dispositions diverses en matière de soins de santé.⁴¹¹

CHAPITRE I. Modification de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux.

Art. 1. Dans l'article 15 de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, les 7^o et 29^o sont abrogés⁴¹².

Art. 2. L'article 74^{ter} de la même loi est abrogé⁴¹³.

⁴¹⁰ Explications à la note de bas de page n° 429.

⁴¹¹ Voy. les dispositions telles qu'elles existent aujourd'hui en annexe 2.

⁴¹² Le budget alloué actuellement aux hôpitaux pour organiser la fonction de médiation sera désormais alloué au service de médiation de la province au sein de laquelle il est établi.

⁴¹³ *Ibidem*.

CHAPITRE II. Modification de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

Art. 3. L'article 9, § 2, de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, est complété par un alinéa rédigé comme suit :

« La personne de confiance visée à l'alinéa 4 ne peut pas être la personne désignée comme « médiateur » dans le cadre de l'article 11, § 1. »⁴¹⁴.

Art. 4. Dans l'article 11 de la même loi, les modifications suivantes sont apportées :

a) le paragraphe 1 est complété par la phrase suivante :

« Le patient a le droit d'obtenir une réparation financière dans un délai raisonnable. »⁴¹⁵ ;

b) dans le paragraphe 3, les mots « la confidentialités » sont insérés entre les mots « l'indépendance » et les mots « l'expertise »⁴¹⁶.

Art. 5. L'article 14, § 5, de la même loi est complété par la phrase suivante :

« Il est exercé par les personnes visées au § 3, alinéa 1^{er} et les parents jusqu'au deuxième degré lorsque le patient est décédé. »⁴¹⁷.

Art. 6. Dans l'article 16 de la même loi, les modifications suivantes sont apportées :

a) le paragraphe 2 est complété par un 6^o rédigé comme suit :

« 6^o de rédiger un modèle standard de règlement d'ordre intérieur pour les services de médiation. »⁴¹⁸ ;

b) le paragraphe 3 est abrogé ;⁴¹⁹

c) sont insérés les paragraphes 6 et 7 rédigés comme suit :

« § 6. Une commission permanente pour l'agrément des médiateurs belges et étrangers, les formations et le suivi de la formation permanente est créée auprès de la Commission⁴²⁰.

Elle est compétente pour :

1^o agréer les organes de formation des médiateurs et les formations qu'ils organisent ou retirer cet agrément⁴²¹ ;

⁴¹⁴ Exposé des motifs au n° 80.

⁴¹⁵ Exposé des motifs au n° 67.

⁴¹⁶ Exposé des motifs au n° 92.

⁴¹⁷ Exposé des motifs au n° 50.

⁴¹⁸ Exposé des motifs au n° 84.

⁴¹⁹ Étant donné que les trois services de médiation seront regroupés en un seul, le service de médiation fédéral n'existera plus.

⁴²⁰ Exposé des motifs au n° 74 ; Transcription de l'idée du C. jud., art. 1727/3.

⁴²¹ Transcription du texte du C. jud., art. 1727, § 2, 1^o.

2° déterminer les programmes minimaux de formation théorique et pratique⁴²² ;

3° agréer les médiateurs dans le domaine des soins de santé⁴²³ ;

4° déterminer la procédure de sanction à l'égard des médiateurs agréés⁴²⁴.

§ 7. Un centre d'appels est établi au sein de la Commission. Il est chargé de fournir aux patients une première information sur le fonctionnement du système, la manière d'introduire une plainte et ce qu'il est en droit d'attendre du service de médiation compétent. »⁴²⁵.

Art. 7. Dans l'article 17 de la même loi, le 3° est remplacé par ce qui suit :

« 3° un article 70^{quater} est ajouté, libellé comme suit :

“Art. 70^{quater}. Pour être agréé, chaque hôpital doit garantir le droit de plainte du patient, tel que visé à l'article 11 de la loi relative aux droits du patient, par le biais du service de médiation institué dans la province au sein de laquelle il est établi, instauré par l'arrêté royal du 1^{er} septembre 2020 déterminant les modalités du droit de se plaindre instauré par l'article 11 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.”. »⁴²⁶.

CHAPITRE III. Modification de l'arrêté royal du 1^{er} avril 2003 réglant la composition et le fonctionnement de la Commission fédérale « Droits du patient » instituée par l'article 16 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

Art. 8. Dans le chapitre I de l'arrêté royal du 1^{er} avril 2003 réglant la composition et le fonctionnement de la Commission fédérale « Droits du patient » instituée par l'article 16 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, il est inséré un article 2/1 rédigé comme suit :
« Art. 2/1. La commission permanente pour l'agrément des médiateurs belges et étrangers, les formations et le suivi de la formation permanente se compose de la même manière que le bureau, visé à l'article 2. »⁴²⁷.

CHAPITRE IV. Modification de la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé.

⁴²² Transcription du texte du C. jud., art. 1727, § 2, 2°.

⁴²³ Transcription de l'idée du C. jud., art. 1727, § 2, 3°.

⁴²⁴ Transcription du texte du C. jud., art. 1727, § 2, 8°.

⁴²⁵ Exposé des motifs au n° 46.

⁴²⁶ Étant donné que les trois services de médiation seront regroupés en un seul, le service de médiation hospitalier n'existera plus en interne.

N.B. Modification corrélative de l'art. 70^{quater} de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987 et de l'art. 71 de la loi sur les hôpitaux et autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008.

⁴²⁷ Transcription de l'idée du C. jud., art. 1727/4, § 1^{er}, al. 1^{er}.

Art. 9. Dans l'article 8, § 1^{er}, de la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé, le 5^o est remplacé par ce qui suit :

« 5^o d'être partie à la médiation instaurée par l'article 11 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient lorsqu'il estime que la responsabilité du prestataire de soins est mise en cause conformément à l'article 21, alinéa 2, de la loi. »⁴²⁸.

105. 1^{er} SEPTEMBRE 2020. – Arrêté royal déterminant les modalités du droit de se plaindre instauré par l'article 11 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

CHAPITRE I. Disposition générale.

Art. 1. § 1^{er}. Un service de médiation « Droits du patient » comme visé à l'article 11 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, dénommée ci-après « loi relative aux droits du patient », est établi au sein de chaque province et satisfait aux conditions suivantes⁴²⁹.

Le service de médiation est compétent pour les plaintes relatives à l'exercice des droits reconnus par la loi relative aux droits du patient, concernant des soins de santé hospitaliers ou ambulatoires⁴³⁰.

§ 2. Conformément à l'article 70^{quater} de la loi sur les hôpitaux, coordonnées le 7 août 1987, chaque hôpital doit, pour être agréé, garantir le droit de plainte du patient, tel que visé à l'article 11 de la loi relative aux droits du patient, par le biais du service de médiation instituée dans la province au sein de laquelle il est établi⁴³¹.

Chaque hôpital met à disposition un local afin qu'un membre du service de médiation puisse y assurer des permanences lorsque la plainte émane d'un patient qui a reçu des soins de santé en hôpital de la part d'un praticien professionnel. Une convention est établie entre l'hôpital et le service de médiation pour déterminer les modalités d'intervention⁴³².

⁴²⁸ Explication à la note de bas de page n° 246.

⁴²⁹ **Plutôt que de réformer le système actuel (services de médiation des plates-formes de concertation en santé mentale, services de médiation hospitaliers et service de médiation fédéral) comme ça l'a été proposé jusqu'ici (voy. n° 85), nous avons pris le pli de refonder un tout nouveau système. Nous allons voir qu'une telle organisation garantira pour le patient la proximité et une partie de l'indépendance de la fonction de médiation, qu'il ait reçu des soins dans un établissement de soins de santé ou en ambulatoire.**

⁴³⁰ « Les soins ambulatoires sont les soins permettant de rester dans la maison ou dans son milieu de vie ; le patient se rend lui-même chez le dispensateur de soins ou le prestataire de soins individuel se rend chez le patient » (SPF SANTÉ PUBLIQUE, SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT, « Glossaire du site web du point de contact national des soins de santé transfrontaliers de la Belgique », disponible sur www.health.belgium.be, 12 janvier 2016).

⁴³¹ Explication à la note de bas de page n° 426.

⁴³² **La mise à disposition d'un local sera désormais une condition pour obtenir son agrément et permettra la proximité de la fonction de médiation pour les patients ayant reçu des soins hospitaliers.**

§ 3. Chaque commune met à disposition un local afin qu'un membre du service de médiation puisse assurer des permanences lorsque la plainte émane d'un patient qui a reçu des soins de santé en dehors d'un hôpital de la part d'un praticien professionnel⁴³³.

Un même local peut servir plusieurs communes si elles signent entre elles un accord de coopération⁴³⁴.

CHAPITRE II. Information.

Art. 2. §1. Chaque praticien professionnel doit, dès la prise en charge du patient, l'informer du contenu de la loi relative aux droits du patient et de l'existence du centre d'appels tel que visé à l'article 16, § 7, de la loi relative aux droits du patient⁴³⁵.

§2. La direction du centre d'appels est confiée à trois personnes nommées par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.

Elles doivent disposer⁴³⁶ :

- 1° d'une connaissance suffisante des trois langues nationales ;
- 2° d'une connaissance de la loi relative aux droits du patient ;
- 3° d'une connaissance de l'ensemble du régime belge des soins de santé.

Art. 3. Chaque service de médiation établit un règlement d'ordre intérieur dans lequel les modalités spécifiques de l'organisation, du fonctionnement et de la procédure en matière de plaintes sont fixées⁴³⁷.

Le règlement est conforme au règlement visé à l'article 16, § 2, 6°, de la loi relative aux droits du patient. Il est soumis à l'approbation de la Commission fédérale « Droits du patient »⁴³⁸.

Le règlement peut être consulté sur le site internet du service de médiation et est disponible pour consultation au service de médiation et dans les locaux mis à disposition du médiateur tels que visés à l'article 1, § 2, alinéa 2 et § 3, alinéa 2⁴³⁹.

CHAPITRE III. Statut du médiateur.

⁴³³ La mise à disposition d'un local permettra la proximité de la fonction de médiation pour les patients ayant reçu des soins ambulatoires.

⁴³⁴ La signature d'un accord de coopération sera nécessaire pour les petites communes.

⁴³⁵ Exposé des motifs au n° 46.

⁴³⁶ Selon nous, les trois qualifications énumérées seront nécessaires à la pratique d'une telle fonction.

⁴³⁷ Transcription du texte des A.R. du 8 juillet 2003 précité, art. 10, al. 1^{er} ; A.R. du 10 juillet 1990 précité, art. 21, al. 1^{er} ; A.R. du 1^{er} avril 2003 précité, art. 7, § 2, al. 1^{er}.

⁴³⁸ Exposé des motifs au n° 84.

⁴³⁹ Transcription de l'idée des A.R. du 8 juillet 2003 précité, art. 10, al. 3 ; A.R. du 10 juillet 1990 précité, art. 21, al. 3 ; A.R. du 1^{er} avril 2003 précité, art. 7, § 2, al. 3.

Art. 4. Le nombre de médiateur par service de médiation varie en fonction du nombre d'habitants de la province pour lequel il est compétent. Il est institué deux médiateurs par 100 000 habitants⁴⁴⁰.

Art. 5. Les médiateurs visés à l'article 4 sont nommés par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement⁴⁴¹.

Ils doivent :

- 1° disposer d'au moins un diplôme de l'enseignement supérieur de type court⁴⁴² ;
- 2° maîtriser la (les) langue(s) nationales majoritairement parlée(s) dans la province au sein de laquelle le service de médiation pour lequel il travaille est établi et d'une connaissance élémentaire de l'(des) autre(s) langues nationales⁴⁴³ ;
- 3° être agréé par la commission permanente visée à l'article 16, § 4, de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient⁴⁴⁴.

Art. 6. § 1^{er}. Peuvent être agréés les médiateurs qui répondent au moins aux conditions suivantes :

- 1° avoir suivi une formation théorique, comprenant notamment un volet juridique, et pratique relative à l'aptitude à la médiation et au processus, portant sur les connaissances et compétences générales et spécifiques au domaine particulier de pratique de la médiation au sens de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient⁴⁴⁵ ;
- 2° présenter les garanties d'indépendance, de neutralité et d'impartialité nécessaires à l'exercice de la profession de médiateur agréé visées à l'article 7⁴⁴⁶.

§ 2. Les médiateurs agréés se soumettent à une formation continue dont le programme est agréé par la commission permanente visée à l'article 16, § 6, de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient⁴⁴⁷.

Art. 7. § 1. Le médiateur doit garantir son indépendance et son impartialité.

⁴⁴⁰ Le chiffre est établi en fonction des données de la Province du Luxembourg : 8 hôpitaux, 3 initiatives d'habitations protégées, 26 maisons de repos, 4 maisons de repos et de soins, 1 maison de soins psychiatriques, les cabinets privés, pour 286 571 habitants.

⁴⁴¹ Exposé des motifs au n° 84.

⁴⁴² Transcription du texte des A.R. du 8 juillet 2003 précité, art. 2 ; A.R. du 10 juillet 1990 précité, art. 12, al. 3.

⁴⁴³ Transcription de l'idée de l'A.R. du 1^{er} avril 2003 précité, art. 8, § 1^{er}, 3°.

⁴⁴⁴ Exposé des motifs au n° 74.

⁴⁴⁵ Exposé des motifs aux n°s 71 et 99 ; Transcription de l'idée du C. jud., art. 1726, § 1^{er}, 2°.

⁴⁴⁶ Transcription du texte du C. jud., art. 1726, § 1^{er}, 3°.

⁴⁴⁷ Exposé des motifs au n° 74 ; Transcription de l'idée du C. jud., art. 1726, § 2.

Le médiateur ne peut pas être concerné personnellement, moralement ou matériellement par la plainte⁴⁴⁸. Si la cause faisant défaut à son indépendance ou son impartialité intervient durant le processus, il doit en aviser les parties⁴⁴⁹. Il a l'obligation de se retirer s'il n'obtient pas l'accord des parties pour poursuivre sa mission⁴⁵⁰.

Afin de garantir son indépendance, le médiateur ne peut pas cumuler sa fonction avec :

1° une fonction de praticien professionnel au sens de l'article 2, 3°, de la loi relative aux droits du patient⁴⁵¹ ;

2° une fonction au sein d'un hôpital ou d'un autre établissement de soins de santé au sens de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987⁴⁵² ;

3° une fonction au sein une association qui défend les intérêts du patient ou du professionnel de la santé⁴⁵³ ;

4° une fonction au sein d'un organisme assureur au sens de l'article 2, i, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ou au sein d'une entreprise d'assurance relevant du champ d'application de la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurance⁴⁵⁴.

Le médiateur dispose d'un numéro de téléphone et d'une adresse électronique personnelle⁴⁵⁵.

§ 2. Le médiateur est tenu d'exercer sa fonction de manière neutre.

Il ne peut émettre d'avis personnels sur les opinions des parties⁴⁵⁶.

Chaque partie a les mêmes possibilités de s'exprimer et d'exposer ses options de solutions pour mettre un terme au différend⁴⁵⁷.

Art. 8. § 1^{er}. Le médiateur est soumis au secret professionnel prévu à l'article 458 du Code pénal. Cela signifie qu'il ne peut pas révéler des faits dont il a connaissance du fait de sa fonction, à l'égard des parties et à l'égard de tiers⁴⁵⁸. Il ne peut être appelé comme témoin par

⁴⁴⁸ Transcription de l'idée du Code de bonne conduite du médiateur agréé, art. 4 et 5.

⁴⁴⁹ Transcription de l'idée du Code de bonne conduite du médiateur agréé, art. 6

⁴⁵⁰ *Ibidem*.

⁴⁵¹ Transcription de l'idée des A.R. du 8 juillet 2003 précité, art. 3, al. 4, a) ; A.R. du 10 juillet 1990 précité, art. 13, al. 4, c).

⁴⁵² Exposé des motifs au n° 80.

⁴⁵³ Transcription de l'idée des A.R. du 8 juillet 2003 précité, art. 3, al. 4, c) ; A.R. du 10 juillet 1990 précité, art. 13, al. 4, d).

⁴⁵⁴ Proposition de loi précitée, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 51-2033/001, p. 15.

⁴⁵⁵ Transcription de l'idée des A.R. du 8 juillet 2003 précité, art. 4, 4° ; A.R. du 10 juillet 1990 précité, art. 14, 4°.

⁴⁵⁶ Transcription de l'idée des A.R. du 8 juillet 2003 précité, art. 3, al. 2 ; A.R. du 10 juillet 1990 précité, art. 13, al. 2 ; A.R. du 1^{er} avril 2003 précité, art. 8, § 2, al. 2.

⁴⁵⁷ Selon nous, il s'agit d'une précision pertinente.

⁴⁵⁸ Transcription de l'idée du C. jud, art. 1728, § 2, al. 1^{er}.

les parties dans une procédure judiciaire, administrative ou arbitrale en relation avec les faits dont il a pris connaissance durant le processus de médiation⁴⁵⁹.

Le secret professionnel tombe en cas de péril grave, imminent et imparable⁴⁶⁰.

§ 2. Le § 1^{er} s'applique à l'expert intervenant dans le processus de médiation⁴⁶¹.

CHAPITRE IV. Réception de la plainte.

Art. 9. Le plaignant, au sens de l'article 11, § 1^{er}, et du chapitre IV de la loi relative aux droits du patient, dépose une plainte par voie orale ou écrite auprès du service de médiation compétent⁴⁶². Le service de médiation envoie un accusé de réception au plaignant dans les plus brefs délais⁴⁶³.

Art. 10. Lorsqu'une plainte est introduite, sont enregistrées :

- 1° l'identité du plaignant au sens de l'article 11, § 1^{er}, et du chapitre IV de la loi relative aux droits du patient ;⁴⁶⁴
- 2° la date de réception de la plainte et son contenu⁴⁶⁵ ;
- 3° l'identité du médiateur compétent⁴⁶⁶ ;
- 4° le date de finalisation de la plainte et son résultat⁴⁶⁷ ;
- 5° le cas échéant, l'accord de médiation⁴⁶⁸ ;
- 6° les accords de confidentialité visés à l'article 17, § 2⁴⁶⁹ ;
- 7° les difficultés particulières rencontrées par le médiateur dans le traitement de la plainte⁴⁷⁰.

CHAPITRE V. Coût de la procédure.

⁴⁵⁹ Exposé des motifs au n° 89 ; Transcription du texte du C. jud., art. 1728, § 2.

⁴⁶⁰ Liège (1^{ère} ch.), 15 janvier 2007, *J.L.M.B.*, 2007, p. 532.

⁴⁶¹ Exposé des motifs au n° 89 ; Transcription de l'idée du C. jud., art. 1728, § 3.

⁴⁶² Transcription de l'idée des A.R. du 8 juillet 2003 précité, art. 5, al. 2 ; A.R. du 10 juillet 1990 précité, art. 15, al. 1^{er} ; A.R. du 1^{er} avril 2003 précité, art. 9.

⁴⁶³ Transcription de l'idée des A.R. du 8 juillet 2003 précité, art. 6, § 2 ; A.R. du 10 juillet 1990 précité, art. 16, § 2 ; A.R. du 1^{er} avril 2003 précité, art. 10, § 3, al. 2.

⁴⁶⁴ Transcription de l'idée des A.R. du 8 juillet 2003 précité, art. 6, § 1^{er}, 1^o ; A.R. du 10 juillet 1990 précité, art. 16, § 1^{er}, 1^o ; A.R. du 1^{er} avril 2003 précité, art. 10, § 3, al. 3, 1^o.

⁴⁶⁵ Transcription du texte des A.R. du 8 juillet 2003 précité, art. 6, § 1^{er}, 2^o et 3^o ; A.R. du 10 juillet 1990 précité, art. 16, § 1^{er}, 2^o et 3^o ; A.R. du 1^{er} avril 2003 précité, art. 10, § 3, al. 3, 2^o et 3^o.

⁴⁶⁶ Le médiateur sera choisi en fonction de ses disponibilités mais aussi en fonction du domaine des soins de santé dans lequel il est le plus à l'aise.

⁴⁶⁷ Transcription du texte des A.R. du 8 juillet 2003 précité, art. 6, § 1^{er}, 4^o et 5^o ; A.R. du 10 juillet 1990 précité, art. 16, § 1^{er}, 4^o et 5^o ; A.R. du 1^{er} avril 2003 précité, art. 10, § 3, al. 3, 4^o et 5^o.

⁴⁶⁸ Explication aux notes de bas de page n° 489 et 490.

⁴⁶⁹ Explication à la note de bas de page n° 498.

⁴⁷⁰ Cela permettra au service de les inclure dans son rapport annuel, visé à l'art. 18 dudit arrêté royal.

Art. 11. L'intervention du médiateur est gratuite⁴⁷¹.

CHAPITRE VI. Incidence sur la procédure en justice.

Art. 12. L'introduction d'une plainte suspend de plein droit les délais de prescription de droit commun⁴⁷². La suspension court jusqu'au jour où le traitement de la plainte est finalisé conformément à l'article 16⁴⁷³.

CHAPITRE VII. Traitement de la plainte.

Art. 13. § 1. Le médiateur exerce sa mission de médiation dans un délai raisonnable⁴⁷⁴.

§ 2. Le médiateur peut recueillir toutes les informations qui lui sont utiles dans l'exercice de sa mission⁴⁷⁵.

Il peut exercer le droit de consultation du dossier du patient visé à l'article 9, § 2, de la loi relative aux droits du patient, sous réserve de l'accord exprès du patient ou de la personne visée à l'article 9, § 4, de la loi relative aux droits du patient⁴⁷⁶.

Il peut prendre contact avec des personnes extérieures uniquement dans le cas où l'information est absolument nécessaire et n'est pas disponible par le biais des parties⁴⁷⁷.

Art. 14. § 1^{er}. Le médiateur prend contact avec le prestataire de soins concerné par la plainte et l'invite à fournir des explications au plaignant⁴⁷⁸.

§ 2. Lorsque la conversation n'est plus possible ou qu'elle n'est pas suffisante, le médiateur propose aux parties d'être l'intermédiaire entre elles ou d'organiser une rencontre en sa présence. Il informe les parties des avantages de la deuxième option⁴⁷⁹.

Art. 15. § 1^{er}. Le médiateur invite le plaignant à solliciter l'avis du Fonds des accidents médicaux, dénommé ci-après le FAM, instauré par la loi du 31 mars 2010 relative à

⁴⁷¹ Cela n'a jamais été indiqué dans aucun des arrêtés royaux d'exécution de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, alors qu'il s'agit, selon nous, d'une information essentielle.

⁴⁷² Exposé des motifs aux n^{os} 95 et 96 ; Transcription de l'idée du C. jud., art. 1731, § 3.

⁴⁷³ Transcription de l'idée du Règlement de procédure du 29 mai 2015 relatif au traitement des plaintes par l'Ombudsman pour le notariat, point 9.

⁴⁷⁴ Transcription de l'idée des A.R. du 8 juillet 2003 précité, art. 7, al. 1^{er} ; A.R. du 10 juillet 1990 précité, art. 17, al. 1^{er} ; A.R. du 1^{er} avril 2003 précité, art. 12.

⁴⁷⁵ Transcription de l'idée des A.R. du 8 juillet 2003 précité, art. 7, al. 2 ; A.R. du 10 juillet 1990 précité, art. 17, al. 2 ; A.R. du 1^{er} avril 2003 précité, art. 11, al. 2.

⁴⁷⁶ On le rappelle, le médiateur ne pourra plus consulter le dossier du patient en tant que « personne de confiance ».

⁴⁷⁷ Exposé des motifs aux n^{os} 80 et 88 ; Transcription de l'idée des A.R. du 8 juillet 2003 précité, art. 4, 2^o ; A.R. du 10 juillet 1990 précité, art. 14, 3^o ; A.R. du 1^{er} avril 2003 précité, art. 7, § 3, 2^o.

⁴⁷⁸ Cela n'a jamais été indiqué dans aucun des arrêtés royaux d'exécution de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, alors qu'il s'agit, selon nous, d'une information essentielle.

⁴⁷⁹ *Ibidem* ; Exposé des motifs aux n^{os} 39, 40 et 41.

l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé, dénommée ci-après la loi relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé, lorsque le plaignant souhaite obtenir l'indemnisation d'un dommage, conformément à l'article 11, § 1^{er}, de la loi relative aux droits du patient⁴⁸⁰.

Le médiateur transmet au FAM les documents et informations utiles qu'il possède dans le cadre de sa mission, conformément à l'article 15 de la loi relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé⁴⁸¹.

Lorsque le FAM estime que le dommage résulte d'un fait qui engage la responsabilité du prestataire de soins concerné, conformément à l'article 21, alinéa 2, de la loi relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé, le médiateur peut réunir les parties et leurs conseils, l'assureur du prestataire de soins concerné, un représentant du FAM et la personne éventuellement chargée de l'expertise médicale⁴⁸². Si le prestataire de soins concerné ou son assureur ne conteste pas la responsabilité établie par l'avis du FAM, les parties s'accordent sur le montant de l'indemnisation avec l'aide du médiateur⁴⁸³. Dans le cas contraire, le médiateur est dessaisi pour la suite de la procédure⁴⁸⁴.

Lorsque le FAM estime que le dommage résulte d'un fait qui n'engage la responsabilité du prestataire de soins concerné, conformément à l'article 21, alinéa 2, de la loi relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé le médiateur est dessaisi de la même manière qu'à l'alinéa précédent, *in fine*⁴⁸⁵.

§ 2. Chacune des parties ou les deux conjointement peut solliciter l'avis d'un expert indépendant à ses frais s'il ne souhaite pas entamer la procédure établie au § 1^{er} ⁴⁸⁶.

Le médiateur transmet à l'expert les documents et informations utiles qu'il possède dans le cadre de sa mission⁴⁸⁷.

Le médiateur peut réunir les parties et leurs conseils, l'assureur du prestataire de soins concerné et l'expert⁴⁸⁸.

⁴⁸⁰ Exposé des motifs au n° 66.

⁴⁸¹ *Ibidem*.

⁴⁸² Exposé des motifs au n° 67.

⁴⁸³ *Ibidem*.

⁴⁸⁴ Selon nous, la suite de la procédure, à savoir déterminer la gravité du dommage, est de la compétence exclusive du FAM et la présence du médiateur ne sera plus vraiment justifiée.

⁴⁸⁵ Selon nous, la suite de la procédure, à savoir déterminer la gravité et la non « normalité » du dommage, est de la compétence exclusive du FAM et la présence du médiateur ne sera plus vraiment justifiée.

⁴⁸⁶ Selon nous, bien que la procédure devant le FAM présente l'avantage d'être gratuite, il est primordial de laisser le choix aux parties d'avoir recours à un expert.

⁴⁸⁷ Cela sera essentiel pour que l'expert puisse rendre un avis constructif et dans un délai raisonnable.

⁴⁸⁸ Exposé des motifs au n° 67.

Art. 16. Le médiateur fait état du résultat du traitement de la plainte dans un écrit daté et signé par les parties et le médiateur⁴⁸⁹. Le cas échéant, il contient les engagements pris par chacune d'entre elles⁴⁹⁰.

Chacune des parties ou les deux conjointement peut soumettre l'accord de médiation pour homologation au juge compétent, conformément aux articles 1025 à 1034 du Code judiciaire⁴⁹¹.

Le juge refuse d'homologuer ledit accord lorsqu'il estime qu'il est contraire à l'ordre public⁴⁹².

CHAPITRE VIII. Confidentialité du processus.

Art. 17. § 1^{er}. Les documents établis et les communications faites au cours de la procédure de médiation et pour les besoins de celle-ci - exceptés l'éventuel rapport du FAM ou de l'expert et l'accord obtenu - sont confidentiels⁴⁹³. Ils ne peuvent notamment être utilisés dans une procédure judiciaire, administrative ou arbitrale ou dans toute autre procédure visant à résoudre des conflits et ne sont pas admissibles comme preuve⁴⁹⁴ ; ils sont écartés des débats⁴⁹⁵.

L'obligation au respect de la confidentialité des échanges ne peut être levée qu'avec l'accord des parties⁴⁹⁶.

En cas de violation de cette obligation par une des parties ou par la personne de confiance du patient, un juge peut se prononcer sur l'octroi éventuel de dommages-intérêts⁴⁹⁷.

§ 2. Toutes les personnes intervenant dans le processus de médiation signent un accord de confidentialité⁴⁹⁸.

CHAPITRE IX. Recommandations.

⁴⁸⁹ Exposé des motifs au n° 97 ; Transcription de l'idée du C. jud., art. 1732, al. 1^{er}.

⁴⁹⁰ *Ibidem* ; Transcription de l'idée du C. jud., art. 1732, al. 2.

⁴⁹¹ Exposé des motifs aux n°s 98, 99 et 100 ; Transcription de l'idée du C. jud., art. 1733, al. 1^{er}.

⁴⁹² Transcription de l'idée du C. jud., art. 1733, al. 3.

⁴⁹³ Exposé des motifs aux n°s 92 et 93 ; Transcription de l'idée du C. jud., art. 1728, al. 1^{er}.

⁴⁹⁴ *Ibidem*.

⁴⁹⁵ Transcription de l'idée du C. jud., art. 1728, § 4, al. 2 ; Transcription du texte inscrit dans M.-N.VERHAEGEN, V. DEBREYNE, S. OMBELET et T. VAN HIRTUM, « Rapport annuel 2014 du service de médiation fédéral "Droits du patient" », disponible sur www.health.fgov.be, 2015, p. 73.

⁴⁹⁶ Exposé des motifs aux n°s 92 et 93 ; Transcription de l'idée du C. jud., art. 1728, § 1^{er}, al. 3 ; Transcription du texte inscrit dans M.-N.VERHAEGEN, V. DEBREYNE, S. OMBELET et T. VAN HIRTUM, « Rapport annuel 2014 du service de médiation fédéral "Droits du patient" », *op. cit.*, p. 73.

⁴⁹⁷ Transcription de l'idée du C. jud., art. 1728, § 4, al. 1^{er} ; Transcription du texte M.-N.VERHAEGEN, V. DEBREYNE, S. OMBELET et T. VAN HIRTUM, « Rapport annuel 2014 du service de médiation fédéral "Droits du patient" », disponible sur www.health.fgov.be, 2015, p. 73.

⁴⁹⁸ Selon nous, cela permettra de garantir au maximum la confidentialité du processus.

Art. 18. § 1^{er}. Chaque année, les services de médiation « Droits du patient » établissent un rapport de leur fonction sur base des données enregistrées visées à l'article 10 pour l'année civile qui précède⁴⁹⁹.

Le rapport contient :

- 1° le nombre de plaintes⁵⁰⁰ ;
- 2° l'objet des plaintes⁵⁰¹ ;
- 3° le résultat du traitement des plaintes⁵⁰² ;
- 4° les difficultés rencontrées par les médiateurs dans le traitement des plaintes et les solutions qu'ils envisagent pour y remédier⁵⁰³ ;
- 5° éventuellement les recommandations visées à l'article 11, § 2, 5°, de la loi relative aux droits du patient⁵⁰⁴.

Les données du rapports sont divisées selon que les soins sont hospitaliers ou ambulatoires⁵⁰⁵.

L'identité des personnes concernées par la plainte est anonyme⁵⁰⁶.

§ 2. Le rapport est transmis à la Commission fédérale « Droits du patient »⁵⁰⁷. Il est consultable sur le site du service de médiation « Droits du patient » et le site de la Commission fédérale « Droits du patient »⁵⁰⁸.

CHAPITRE X. Dispositions abrogatoires.

Art. 19. L'arrêté royal du 8 juillet 2003 fixant les conditions auxquelles la fonction de médiation dans les hôpitaux doit répondre, est abrogé.

⁴⁹⁹ Transcription de l'idée des A.R. du 8 juillet 2003 précité, art. 9, § 1^{er}, al. 1^{er} ; A.R. du 10 juillet 1990 précité, art. 20, § 1^{er}, al. 1^{er} ; A.R. du 1^{er} avril 2003 précité, art. 14, § 1^{er}, al. 1^{er}.

⁵⁰⁰ Transcription du texte des A.R. du 8 juillet 2003 précité, art. 9, § 1^{er}, al. 1^{er} ; A.R. du 10 juillet 1990 précité, art. 20, § 1^{er}, al. 1^{er} ; A.R. du 1^{er} avril 2003 précité, art. 14, § 1^{er}, al. 1^{er}.

⁵⁰¹ *Ibidem*.

⁵⁰² *Ibidem*.

⁵⁰³ Transcription de l'idée des A.R. du 8 juillet 2003 précité, art. 9, § 1^{er}, al. 2 ; A.R. du 10 juillet 1990 précité, art. 20, § 1^{er}, al. 2 ; A.R. du 1^{er} avril 2003 précité, art. 14, § 1^{er}, al. 2.

⁵⁰⁴ Transcription de l'idée des A.R. du 8 juillet 2003 précité, art. 9, § 1^{er}, al. 2 ; A.R. du 10 juillet 1990 précité, art. 20, § 1^{er}, al. 3 ; A.R. du 1^{er} avril 2003 précité, art. 14, § 1^{er}, al. 3.

⁵⁰⁵ Selon nous, cette division est pertinente puisque le contexte hospitalier est particulier et répond à des besoins bien spécifiques.

⁵⁰⁶ Transcription de l'idée des A.R. du 8 juillet 2003 précité, art. 9, § 1^{er}, al. 3 ; A.R. du 10 juillet 1990 précité, art. 20, § 1^{er}, al. 5 ; A.R. du 1^{er} avril 2003 précité, art. 14, § 1^{er}, al. 4.

⁵⁰⁷ Transcription de l'idée des A.R. du 8 juillet 2003 précité, art. 9, § 2, al. 1^{er}, 2° ; A.R. du 10 juillet 1990 précité, art. 20, § 2, al. 1, 2° ; A.R. du 1^{er} avril 2003 précité, art. 14, § 2.

⁵⁰⁸ Transcription de l'idée des A.R. du 8 juillet 2003 précité, art. 9, § 2, al. 2 ; A.R. du 10 juillet 1990 précité, art. 20, § 2, al. 2.

Art. 20. Les articles 11 à 21 de l'arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes d'agrément applicables aux associations d'institutions et de services psychiatriques insérés par l'arrêté royal du 8 juillet et l'arrêté royal du 15 juin 2004, sont abrogés.

Art. 21. Les articles 7 à 14 de l'arrêté royal du 1^{er} avril 2003 réglant la composition et le fonctionnement de la Commission, sont abrogés.

Conclusion

106. Les principales faiblesses du système actuel ont été longuement décrites : manque de visibilité de la fonction de médiateur, champ d'application trop restreint de la fonction de médiation, formation et statut du médiateur insuffisants, obstacle du caractère confidentiel des données traitées et garantie judiciaire inexistante des accords à l'amiable obtenus.

Sur base de la comparaison avec un système ayant fait ses preuves, nous avons montré qu'il était souhaitable et possible de faire évoluer le dispositif législatif et partant, l'organisation pratique de la médiation dans les soins de santé, afin de la rendre plus efficace et de lui faire jouer le rôle de premier recours systématique⁵⁰⁹, pour toute plainte entre le patient et un prestataire de soins.

107. Il est évident qu'un certain nombre de points évoqués dans ce mémoire mériteraient de faire l'objet d'une analyse plus approfondie lors de travaux futurs, et ce afin d'appréhender l'ensemble de la problématique. En particulier, l'on pense aux praticiens professionnels encore non soumis au respect de la loi sur les droits du patient, au fonctionnement du Fonds des accidents médicaux instauré en 2010 ou encore à la non-adéquation de certains droits au domaine spécifique et délicat de la santé mentale.

108. Enfin et surtout, si les droits du patient sont reconnus et doivent être intégralement respectés, et si le système de médiation peut et doit évoluer pour en renforcer son efficacité, il est évident que tout cela a un coût pour la société, partant de l'idée que le service de médiation doit rester « gratuit » pour le patient, au même titre d'ailleurs que l'accès à la justice en général.

La question du financement de cette réforme n'a pas été abordée dans ce travail, mais de nombreuses pistes existent : financement direct par l'impôt, contribution des hôpitaux privés et publics ou encore assurances diverses, etc. Dans l'analyse du coût de la réforme doit certainement intervenir le coût de la « non réforme » et du recours plus systématique à la voie classique de la procédure judiciaire, longue et coûteuse.

109. En guise d'ultime conclusion, nous faisons référence à la maxime « Une mauvaise transaction vaut mieux qu'un bon procès » qui s'applique particulièrement bien au domaine de

⁵⁰⁹ Nous soulignons.

la médiation dans les soins de santé. Si un juriste peut « froncer » les sourcils face à cette sagesse populaire, nous sommes néanmoins persuadés de pouvoir y adhérer, après avoir entendu tous les intervenants de terrain. Nous sommes convaincus que ce mode de résolution des conflits, dès lors qu'il est bien conçu et organisé, permet de préserver les intérêts des uns et des autres et évite dans bien des cas, une procédure qui aurait duré des années, des frais de justice importants et une attente douloureuse tant pour le patient que pour le prestataire de soins. D'où l'intérêt de bien penser et de bien réussir cette réforme nécessaire.

Annexe 1 : Modèle de règlement d'ordre intérieur des services de médiation « Droits du patient » établi par la Commission fédérale « Droits du patient »⁵¹⁰

Légende : les éléments du texte en vert ne sont pas obligatoires : le service de médiation « Droits du patient » est libre de les introduire ou non dans son ROI.

Règlement d'ordre intérieur du service de médiation « Droits du patient » de la province de « nom de la province »

I. Domaine d'application

Le service de médiation « Droits du patient » de la province « nom de la province » est créé sur la base de l'article 11 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, de l'article 70^{quater} de la loi du 7 août 1987 sur les hôpitaux et de l'arrêté royal du 1 septembre 2020 déterminant les modalités du droit de se plaindre instauré par l'article 11 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

II. Dispositions générales

a) Objet du ROI

Le présent règlement fixe les modalités spécifiques de l'organisation, du fonctionnement et de la procédure en matière de plaintes du service de médiation « Droits du patient » de la province « nom de la province ».

b) Approbation du ROI

⁵¹⁰ Rédigé à l'aide de :

CONSEIL D'ÉTAT, « Guide de rédaction des textes législatifs et réglementaires », disponible sur www.raadvst-consetat.be, 2008 ; COMMISSION FÉDÉRALE « DROITS DU PATIENT », « Avis relatif au règlement intérieur de la fonction de médiation dans les hôpitaux et les plates-formes de concertation en santé mentale », réf. CFDP/MED, disponible sur www.organesdeconcertation.sante.belgique.be, 12 juin 2009 ; Règlement d'ordre intérieur de la fonction de médiation « Droits du patient » attachée à la plate-forme de concertation en santé mentale du Brabant Wallon ; Règlement d'ordre intérieur de la fonction de médiation « Droits du patient » au Grand Hôpital de Charleroi ; Règlement d'ordre intérieur de la fonction de médiation « Droits du patient » aux cliniques universitaires de Saint-Luc ; Règlement d'ordre intérieur de la fonction de médiation « Droits du patient » du CHU de Namur ; Règlement d'ordre intérieur de la fonction de médiation « Droits du patient » de l'Epicura ; Règlement d'ordre intérieur de la fonction de médiation « Droits du patient » du CHU Saint-Pierre.

Le présent règlement a été soumis à l'approbation de la Commission fédérale « Droits du patient » en date du « *date de l'approbation* ».

c) Consultation du ROI

Le présent règlement est disponible pour consultation sur le site du service de médiation « Droits du patient » de la province « *nom de la province* » et dans les locaux mis à la disposition des médiateurs par les hôpitaux et les communes.

III. Définition des termes utilisés

La loi : loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

Les droits du patient au sens du chapitre III de la loi :

- Droit à des prestations de qualité ;
- Droit au libre choix du praticien professionnel ;
- Droit à l'information sur son état de santé ;
- Droit au consentement libre ;
- Droit à un dossier mis constamment à jour et conservé en lieu sûr ;
- Droit à la protection de la vie privée ;
- Droit à recevoir les soins les plus appropriés afin de prévenir et soulager la douleur.

L'arrêté royal : arrêté royal du 1^{er} septembre 2020 déterminant les modalités du droit de se plaindre instauré par l'article 11 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

La médiation : processus confidentiel et volontaire de gestion et de résolution des conflits entre parties par lequel un tiers professionnel indépendant, neutre et impartial facilite la communication et tente de conduire les parties à élaborer elles-mêmes une solution durable⁵¹¹.

Le service de médiation : entité provinciale qui dépend du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement.

Le médiateur : personne établie au sein du service de médiation et engagée par le SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement. Il est établi deux médiateurs par 100 000 habitants. Il exerce la fonction de médiation conformément au **point IV**.

⁵¹¹ Transcription de l'idée du C. jud., art. 1723/1.

Le plaignant au sens de l'article 11, § 1^{er}, et du chapitre IV de la loi :

- Le patient lui-même (accompagné le cas échéant de sa personne de confiance) OU son tuteur légal ou parent lorsque le patient est mineur ;
- Le représentant légal du patient (mandataire, administrateur, époux, partenaire cohabitant légal ou de fait, enfant majeur, parent, frère ou sœur, praticien professionnel) ;
- L'époux, le partenaire cohabitant légal ou de fait ou le parent jusqu'au deuxième degré du patient lorsque celui-ci est décédé.

Le praticien professionnel :

- Praticiens au sens de l'article 2, 3^o, de la loi : médecins, dentistes, pharmaciens, sages-femmes, kinésithérapeutes, praticiens de l'art infirmier, paramédicaux (ambulancier de transport non urgent de patients, assistant pharmaceutique-technique, audiologue, bandagiste / orthésiste / prothésiste, diététicien, ergothérapeute, hygiéniste bucco-dentaire, logopède, orthoptiste-optométriste, podologue, technologue de laboratoire médical, technologue en imagerie médicale), homéopathe ;
- Les praticiens non visés par la loi⁵¹².

La plainte :

- Manifestation d'un mécontentement de la part d'un plaignant à propos de la méconnaissance d'un droit du patient par un praticien professionnel ;
- Manifestation d'un mécontentement de la part d'un praticien professionnel à l'égard d'un autre praticien professionnel⁵¹³ ou à l'égard d'un patient⁵¹⁴.

IV. Accessibilité du service de médiation

Le service de médiation « Droits du patient » est compétent pour :

- Les hôpitaux « *nom des hôpitaux, leurs adresses et la localisation précise du local* » pour les soins de santé dispensés *en* hôpital ;

⁵¹² Exposé des motifs au n° 50.

⁵¹³ *Ibidem*.

⁵¹⁴ Selon nous, le praticien professionnel devrait aussi pouvoir se plaindre à propos du comportement ou des actes d'un patient.

- Les communes « *nom de la commune ou du groupe de communes et l'adresse du local* » pour les soins de santé dispensés *en dehors* d'un hôpital.

Dont les permanences sont réparties comme suit : « *heures précises par semaine des permanences* ».

V. Publicité du service de médiation

Au sens de l'article 2, § 1^{er}, de l'arrêté royal, le praticien professionnel doit, dès la prise en charge du patient, l'informer du contenu de la loi relative aux droits du patient et de l'existence du centre d'appels visé à l'article 16, § 7, de la loi relative aux droits du patient.

VI. Missions du service de médiation

Au sens de l'article 11, § 2, de la loi, le service de médiation dispose des fonctions suivantes :

- Prévenir les questions et les plaintes en promouvant la communication entre le patient et le plaignant ;
- Organiser une médiation en ce qui concerne les plaintes relatives à un droit du patient ;
- Informer le patient des alternatives pour régler le litige lorsqu'il n'est pas compétent ;
- Informer le patient sur l'organisation, le fonctionnement et les règles de procédure de la fonction de médiation ;
- Formuler des recommandations afin d'éviter que certains comportements qui conduisent à une plainte ne se reproduise à l'avenir.

VII. Compétences du service de médiation

Le service de médiation déclare la plainte irrecevable lorsque :

- La plainte a trait à un litige qui fait l'objet d'une procédure en justice, sauf si le juge accorde un délai aux parties pour recourir à un mode alternatif de règlement des conflits, conformément à l'article 730/1, § 2, du Code judiciaire⁵¹⁵ ;
- La plainte a trait à un litige qui a fait l'objet d'une procédure en justice ;

⁵¹⁵ Exposé des motifs au n° 45.

- La plainte est fictive ou diffamatoire⁵¹⁶ ;
- La plainte a déjà été traitée par le service de médiation « Droits du patient » et aucun élément nouveau ne justifie la réouverture de son examen⁵¹⁷.

VIII. Caractéristiques du service de médiation

- Le médiateur assure la confidentialité des documents et communications faites au cours de la procédure de médiation et pour les besoins de celle-ci. Il fait signer à toutes les personnes intervenant dans le processus de médiation un accord de confidentialité (chapitre VIII de l'arrêté royal) ;
- Le médiateur et les experts sont soumis au respect du secret professionnel (article 8 de l'arrêté royal) ;
- Le médiateur exerce sa fonction en toute indépendance et impartialité. Si un doute surgit, il en avise les parties et un autre médiateur prend en charge le dossier le cas échéant (article 7, § 1^{er}, de l'arrêté royal) ;
- Le médiateur fait preuve de neutralité (article 7, § 2, de l'arrêté royal) ;
- Le médiateur dispose d'un diplôme de « *nom de la formation du médiateur* » et est agréé par la commission permanente instituée au sein de la Commission fédérale « Droits du patient » (article 5 de l'arrêté royal).

IX. Réception de la plainte et médiation

a) Dépôt et réception (article 9 de l'arrêté royal)

Le plaignant introduit sa plainte par voie orale (en téléphonant sur le numéro du service de médiation « Droits du patient » ou en s'y présentant physiquement) ou par écrit (en envoyant un mail sur l'adresse électronique du service de médiation ou en envoyant une lettre à l'adresse physique du service de médiation).

Si une plainte est déposée à la direction d'un hôpital ou d'un autre établissement de soins au sens de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987⁵¹⁸, et qu'elle concerne la violation

⁵¹⁶ Transcription *idée* du Règlement de procédure du 29 mai 2015 relatif au traitement des plaintes par l'Ombudsman pour le notariat, point 5, 5^o.

⁵¹⁷ *Ibidem*.

⁵¹⁸ Devenue la Loi sur les hôpitaux et autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008, *M.B.*, 7 novembre 2008, p. 58624.

d'un droit du patient, elle la transmet directement au secrétariat du service de médiation « Droits du patient » de la province « *nom de la province* ».

Dans ce cas-là, la transmission du résultat de la plainte à la direction est laissée à l'appréciation du plaignant⁵¹⁹.

Le secrétariat s'occupe de la réception de la plainte. Un médiateur du service de médiation « Droits du patient » est désigné selon le secteur de la santé concerné (santé mentale, hôpital ou ambulatoire)⁵²⁰.

Un accusé de réception de la plainte et les coordonnées (adresse électronique et téléphone) du médiateur compétent sont directement transférés au plaignant.

b) Enregistrement (article 10 de l'arrêté royal)

Pour chaque plainte, les données suivantes sont enregistrées :

- 1° l'identité du plaignant ;
- 2° la date et le contenu de la plainte ;
- 3° le date de finalisation de la plainte et son résultat ;
- 4° le cas échéant, l'accord de médiation ;
- 5° les accords de confidentialité visés à l'article 17, § 2, de la loi ;
- 6° les difficultés particulières rencontrées par le médiateur dans le traitement de la plainte.

c) Déroulement de la médiation et délai (chapitre VII de l'arrêté royal)

Si l'objet de la plainte n'est pas clair, le médiateur compétent prend d'abord contact (par mail ou par téléphone) avec le plaignant pour s'assurer de sa délimitation. *Si le plaignant le requiert, le médiateur le rencontre physiquement permanences au lieu défini entre eux*⁵²¹.

Le médiateur peut recueillir toutes les informations qui lui sont utiles dans l'exercice de sa mission :

- 1° consulter le dossier du patient sous réserve de l'accord du patient ou de l'époux, du partenaire cohabitant légal, du partenaire cohabitant de fait ou du parent jusqu'au deuxième degré lorsque le patient est décédé.

⁵¹⁹ Exposé des motifs aux n^{os} 81 et 84.

⁵²⁰ Comme expliqué à la note de bas de page n° 466, le médiateur sera choisi en fonction de ses disponibilités mais aussi en fonction du domaine des soins de santé dans lequel il est le plus à l'aise.

⁵²¹ Cela dépendra de la disponibilité des médiateurs dans le service de médiation « Droits du patient » en question.

2° prendre contact avec des personnes extérieures uniquement dans le cas où l'information est nécessaire et n'est pas disponible par le biais des parties.

Le médiateur compétent informe le prestataire de soins et l'invite à formuler des explications directement au patient.

Si les explications ne sont pas suffisantes ou que la conversation n'est plus possible, le médiateur propose aux parties de jouer le rôle d'intermédiaire afin qu'elles trouvent une solution. Une rencontre à trois est fortement plébiscitée par le médiateur aux parties.

→ Si les parties acceptent, une réunion de médiation se déroule dans le local au sein de l'hôpital ou dans le local communal prévu à cet encontre. Elle se déroule au lieu de résidence du plaignant lorsque celle-ci est dans l'incapacité (légale ou physique) de se déplacer. Chacune des parties exprime son point de vue à l'autre et avec l'aide du médiateur, elles tentent de rétablir la communication et de trouver un accord.

→ Si les parties n'acceptent pas, le médiateur demande aux parties de lui fournir leurs points de vue et les pièces utiles dont ils disposent. Chaque partie est informée des arguments de l'autre en temps utile et ce qu'elle avance comme solution. Le médiateur rédige une note de synthèse qu'il adresse aux parties, afin de tenter une seconde fois de réunir les deux parties.

N.B. : lorsque l'avis d'une personne tierce est sollicité par les parties ou le médiateur (le Fonds des accidents médicaux ou des experts indépendants), une rencontre physique est obligatoire.

Le médiateur fait état du résultat du traitement de la plainte dans un écrit daté et signé par les parties. Le cas échéant, il contient les engagements pris par chacune d'entre elles.

Le médiateur traite la plainte dans un délai raisonnable. Le médiateur explique au plaignant la raison pour laquelle le délai ne peut pas être respecté.

d) Coût de la procédure (chapitre V de l'arrêté royal)

L'intervention du service de médiation est gratuite.

e) Incidence sur la procédure en justice (chapitre VI de l'arrêté royal)

L'introduction d'une plainte suspend de plein droit les délais de prescription de droit commun. La suspension court jusqu'au jour où le traitement de la plainte est finalisé.

X. Rapport annuel du service de médiation

Selon le chapitre IX de l'arrêté royal, un rapport annuel est rédigé par le service de médiation « Droits du patient » sur base des données enregistrées. Il contient :

- 1° le nombre de plaintes ;
- 2° l'objet des plaintes ;
- 3° le résultat du traitement des plaintes ;
- 4° les difficultés rencontrées par le médiateur dans le traitement des plaintes et les solutions qu'il envisage ;
- 5° les recommandations visées à l'article 11, § 2, 5°, de la loi.

Les données du rapports sont divisées selon que la plainte concerne des soins de santé dispensés en hôpital ou en dehors d'un hôpital.

L'identité des personnes concernées par les plaintes est anonyme.

Le rapport est déposé au plus tard le 30 avril à la Commission fédérale « Droits du patient ».

Le rapport est public et doit pouvoir être consulté sur le site internet du service de médiation « Droits du patient » et le site de la Commission fédérale « Droits du patient ».

XI. Dispositions finales

Le présent règlement est établi en date du « *date d'établissement du ROI* » par le service de médiation « Droits du patient » de la province « *nom de la province* » et a été approuvé par la Commission fédérale « Droits du patient » en date du « *date d'approbation du ROI* ».

Annexe 2 : Dispositions antérieures à la réforme envisagée

A.R. du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, M.B., 30 mai 2002, p. 23593

Art. 15. La Sous-partie B4 comprend les moyens qui couvrent d'une manière forfaitaire les charges concernant :
(...)

7° les accords de collaboration entre des institutions et services psychiatriques qui fonctionnent en tant que plate-forme de concertation et les initiatives portant sur la réalisation d'études pilotes relatives à la fonction de médiation dans le secteur psychiatrique;

(...)

29° Les moyens alloués pour couvrir forfaitairement les coûts liés à la fonction de médiation dans les hôpitaux aigus et les services Sp isolés.) <AR 2003-06-04/31, art. 1, 005; En vigueur : 01-07-2003>

(...)

Art. 74ter. <Inséré par AR 2006-05-12/30, art. 14; En vigueur : 01-01-2006; reprend le contenu de l'ancien art. 76ter> Aux hôpitaux aigus (, aux hôpitaux psychiatriques) et aux services Sp isolés disposant d'une fonction de médiation, il est accordé un montant fixé comme suit : <AR 2004-03-16/37, art. 8, 007; En vigueur : 01-01-2004>

- pour les hôpitaux aigus (et psychiatriques) de moins de 250 lits, il est accordé un forfait de 16.670,84 EUR; <AR 2004-03-16/37, art. 8, 007; En vigueur : 01-01-2004>

- aux hôpitaux aigus (et psychiatriques) de 250 lits et plus, il est accordé un forfait de 21.070,95 EUR; <AR 2004-03-16/37, art. 8, 007; En vigueur : 01-01-2004>

(- pour les hôpitaux psychiatriques de moins de 100 lits, il est accordé un forfait de 4.214,19 EUR (index 1er janvier 2004);

- aux hôpitaux psychiatriques de 100 à 249 lits, il est accordé un forfait de 13.970,33 EUR (index 1er janvier 2004);

- aux hôpitaux psychiatriques de 250 lits et plus, il est accordé un forfait de 17.657,67 EUR (index 1er janvier 2004);) <AR 2004-03-16/37, art. 8, 007; En vigueur : 01-01-2004>

- aux services Sp isolés de moins de 100 lits, il est accordé un forfait de 4.214,19 EUR;

- aux services Sp isolés de 100 à 400 lits, il est accordé un forfait de 8.428,38 EUR;

- aux services Sp isolés de plus de 400 lits, il est accordé un forfait de 10.535,47 EUR;

(Pour l'hôpital psychiatrique qui garantit le droit de plainte du patient par le biais de la fonction de médiation de l'association comme plate-forme de concertation, au sens de l'arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes d'agrément applicable aux associations d'institutions et de services psychiatriques, une convention entre l'hôpital et l'association doit régler les conditions, la hauteur et les modalités de la transmission du financement. Cette convention doit être transmise à la Direction générale Organisation des établissements de soins, Service comptabilité et gestion des hôpitaux.) <AR 2004-03-16/37, art. 8, 007; En vigueur : 01-01-2004>

Pour apprécier le nombre de lits les règles suivantes sont d'application :

- pour les hôpitaux aigus disposant aussi d'un service Sp, seuls les lits aigus sont pris en considération;

- pour les services Sp isolés, qui disposent aussi de lits G et de lits Sp palliatifs, le nombre de lits de ces deux

services sont additionnés aux lits Sp.

[¹ Dernier alinéa abrogé.]¹

[² Le forfait est calculé, du 1er janvier au 30 juin 2017, en entendant par lit, les lits justifiés tels qu'utilisés dans le budget des moyens financiers notifié au 1er juillet 2016 et les lits agréés tels qu'utilisés dans le budget des moyens financiers notifié au 1er juillet 2016 pour les indices de lits pour lesquels des lits justifiés ne sont pas calculés ou pour les hôpitaux visés à l'article 33, §§ 1er et 2.

A partir du 1er juillet 2017, le calcul du forfait est réalisé en entendant par lit, les lits justifiés ou les lits agréés pour les indices de lits pour lesquels des lits justifiés ne sont pas calculés ou pour les hôpitaux visés à l'article 33, §§ 1er et 2. Le nombre de lits justifiés est celui utilisé lors de la fixation du budget des moyens financiers de l'exercice considéré et [⁴ le nombre de lits agréés est celui connu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au 1er janvier de l'année considérée]⁴.]²

Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, M.B., 26 septembre 2002, p. 43719.

Art. 9. § 1er. Le patient a droit, de la part de son praticien professionnel, à un dossier de patient soigneusement tenu à jour et conservé en lieu sûr.

A la demande du patient, le praticien professionnel ajoute les documents fournis par le patient dans le dossier le concernant.

§ 2. Le patient a droit à la consultation du dossier le concernant.

Il est donné suite dans les meilleurs délais et au plus tard dans les 15 jours de sa réception, à la demande du patient visant à consulter le dossier le concernant.

Les annotations personnelles d'un praticien professionnel et les données concernant des tiers n'entrent pas dans le cadre de ce droit de consultation.

A sa demande, le patient peut se faire assister par une personne de confiance désignée par lui ou exercer son droit de consultation par l'entremise de celle-ci. Si cette personne est un praticien professionnel, elle consulte également les annotations personnelles visées à l'alinéa 3. (Le cas échéant, la demande du patient est formulée par écrit et la demande, ainsi que l'identité de la personne de confiance, sont consignées ou ajoutées au dossier du patient.)

<W 2006-12-13/35, art. 63, 1^o, 002; En vigueur : 01-01-2007>

Si le dossier du patient contient une motivation écrite telle que visée à l'article 7, § 4, alinéa 2, qui est encore pertinente, le patient exerce son droit de consultation du dossier par l'intermédiaire d'un praticien professionnel désigné par lui, lequel praticien consulte également les annotations personnelles visées à l'alinéa 3

[¹ La situation visée à l'alinéa précédent dans laquelle le patient peut uniquement exercer son droit de consultation de son dossier patient en passant par un praticien professionnel désigné par lui lorsque son dossier patient contient une motivation écrite, comme stipulé à l'article 7, § 4, alinéa 2, qui est toujours d'application, est en conformité avec l'article 23 du règlement (UE) n° 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données).]¹

Art. 11. § 1er. 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 compétente.

§ 2. La fonction de médiation a les missions suivantes :

1° la prévention des questions et des plaintes par le biais de la promotion de la communication entre le patient et le praticien professionnel;

2° la médiation concernant les plaintes visées au § 1er en vue de trouver une solution;

3° l'information du patient au sujet des possibilités en matière de règlement de sa plainte en l'absence de solution telle que visée en 2°;

4° la communication d'informations sur l'organisation, le fonctionnement et les règles de procédure de la fonction de médiation;

5° la formulation de recommandations permettant d'éviter que les manquements susceptibles de donner lieu à une plainte, telle que visée au § 1er, ne se reproduisent.

§ 3. Le Roi fixe, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres les conditions auxquelles la fonction de médiation doit répondre en ce qui concerne l'indépendance, le secret professionnel, l'expertise, la protection juridique, l'organisation, le fonctionnement, le financement, les règles de procédure et le ressort.

Art. 14. [¹ § 1er. Les droits d'une personne majeure [² ...]² inscrits dans la présente loi sont exercés par la personne même, pour autant qu'elle soit capable d'exprimer sa volonté pour ce faire.

Ces droits sont cependant exercés par une personne que le patient a préalablement désignée pour se substituer à lui, pour autant et aussi longtemps qu'il n'est pas en mesure d'exercer ses droits lui-même.

La désignation de la personne visée à l'alinéa 2 s'effectue par un mandat écrit spécifique, daté et signé par cette personne ainsi que par le patient, mandat par lequel cette personne marque son consentement. Ce mandat peut être révoqué par le patient ou par le mandataire désigné par lui par un écrit daté et signé.

§ 2. Si le patient n'a pas désigné de mandataire ou si le mandataire désigné par le patient n'intervient pas, les droits établis par la présente loi sont exercés par l'administrateur de la personne, [³ désigné par le juge de paix pour le faire, conformément à l'article 492/1, § 1er, alinéa 4,]³ du Code civil, pour autant et aussi longtemps que la personne protégée n'est pas en mesure d'exercer ses droits elle-même.

§ 3. Si aucun administrateur n'est habilité à représenter le patient en vertu du § 2, les droits établis par la présente loi sont exercés par l'époux cohabitant, le partenaire cohabitant légal ou le partenaire cohabitant de fait.

Si la personne qui peut intervenir en vertu de l'alinéa 1er ne souhaite pas intervenir ou si elle fait défaut, les droits sont exercés, en ordre successif, par un enfant majeur, un parent, un frère ou une soeur majeurs du patient.

Si la personne qui peut intervenir en vertu de l'alinéa 2 ne souhaite pas intervenir ou si elle fait défaut, c'est le praticien professionnel concerné, le cas échéant dans le cadre d'une concertation pluridisciplinaire, qui veille aux intérêts du patient. Il en va de même en cas de conflit entre deux ou plusieurs personnes pouvant intervenir en vertu du § 2 ou des alinéas 1er et 2.

§ 4. Le patient est associé à l'exercice de ses droits autant qu'il est possible et compte tenu de sa capacité de compréhension.

§ 5. Le droit de plainte visé à l'article 11 peut, par dérogation aux §§ 1er, 2 et 3, être exercé par les personnes visées à ces paragraphes, désignées par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, sans devoir respecter l'ordre prévu.]¹

Art. 16. § 1er. Une Commission fédérale " Droits du patient " est créée au Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement.

§ 2. Elle aura pour mission :

1° de collecter et traiter des données nationales et internationales concernant des matières relatives aux droits du patient;

2° de formuler des avis, sur demande ou d'initiative, à l'intention du ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, concernant les droits et devoirs des patients et des praticiens professionnels;

3° d'évaluer l'application des droits fixés dans la présente loi;

4° d'évaluer le fonctionnement des fonctions de médiation [¹ et de formuler les recommandations à cet égard]¹;

5° [¹ ...]¹.

§ 3. Un service de médiation est créé auprès de la commission. Il est compétent pour renvoyer une plainte d'un patient concernant l'exercice des droits que lui octroie la présente loi à la fonction de médiation compétente ou, à défaut de celle-ci, pour la traiter lui-même, comme visé à l'article 11, § 2, 2°, et 3°.

§ 4. Le Roi précise les règles concernant la composition et le fonctionnement de la Commission fédérale " Droits du patient ". Sur le plan de la composition, une représentation équilibrée sera garantie entre les représentants des patients, des praticiens professionnels, des hôpitaux et des organismes assureurs tels que visés à l'article 2, i, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Des fonctionnaires des départements ministériels ou des services publics concernés peuvent également être prévus en tant que membres à voix consultative.

§ 5. Le secrétariat de la commission est assuré par le fonctionnaire général désigné par le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

Art. 17. Dans la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, sont apportées les modifications suivantes :

1° Dans le titre 1er est inséré un chapitre V (nouveau), rédigé comme suit :

" CHAPITRE V. - Respect des droits du patient. ";

2° Un article 17novies est ajouté, libellé comme suit :

" Art. 17novies. Chaque hôpital respecte, dans les limites de ses capacités légales, les dispositions de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient pour ce qui concerne les aspects médicaux, infirmiers et d'autres pratiques professionnelles de soins dans ses relations juridiques avec le patient. De plus, chaque hôpital veille à ce que les praticiens professionnels qui n'y travaillent pas sur la base d'un contrat de travail ou d'une nomination statutaire respectent les droits du patient.

Chaque hôpital veille à ce que toutes les plaintes liées au respect de l'alinéa précédent puissent être déposées auprès de la fonction de médiation prévue par l'article 70quater afin d'y être traitées.

A sa demande, le patient a le droit de recevoir explicitement et préalablement les informations concernant les relations juridiques visées à l'alinéa 1er et définies par le Roi après avis de la commission visée à l'article 16 de la loi de 22 août 2002 relative aux droits du patient.

L'hôpital est responsable des manquements commis par les praticiens professionnels qui y travaillent, relatifs au respect des droits du patient définis dans la présente loi, à l'exception des manquements commis par les praticiens professionnels à l'égard desquels les informations visées à l'alinéa précédent en disposent explicitement autrement.

";

3° Un article 70quater est ajouté, libellé comme suit :

" Art. 70quater. Pour être agréé, chaque hôpital doit disposer d'une fonction de médiation telle que visée à l'article 11, § 1er, de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, étant entendu que le Roi peut définir les conditions

dans lesquelles cette fonction de médiation peut être exercée par le biais d'un accord de coopération entre hôpitaux."

A.R. du 1^{er} avril 2003 réglant la composition et le fonctionnement de la Commission fédérale « Droits du patient » instituée par l'article 16 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, M.B., 13 mai 2003, p. 25596.

Article 1er. § 1er. La Commission fédérale " Droits du patient ", dénommée ci-après " Commission ", visée à l'article 16 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, dénommée ci-après " loi relative aux droits du patient " se compose comme suit :

1° un président et un suppléant;

2° 4 membres effectifs et 4 membres suppléants, représentant les patients;

3° 4 membres effectifs et 4 membres suppléants, représentant les praticiens professionnels;

4° 4 membres effectifs et 4 membres suppléants, représentant les hôpitaux;

5° 4 membres effectifs et 4 membres suppléants, représentant les organismes assureurs. Les membres en question doivent être impliqués dans la défense des intérêts assurée par les organismes assureurs en faveur de leurs membres affiliés.

§ 2. Le président, son suppléant et les membres de la Commission sont nommés par Nous, sur proposition du Ministre compétent pour la Santé publique.

§ 3. La Commission compte autant de membres néerlandophones que francophones, étant entendu que le président et son suppléant sont obligatoirement bilingues. De plus, la représentation de la région germanophone et de la région de Bruxelles-Capitale est garantie.

Deux tiers au maximum des membres de la Commission sont du même sexe.

§ 4. Les membres sont nommés pour une durée de quatre ans et le mandat est renouvelable deux fois au maximum. En cas de décès ou de démission d'un membre, ou si un membre ne répond plus aux conditions de nomination pendant la durée du mandat, il est pourvu à son remplacement.

Pour assurer la continuité des travaux, les membres, dont le mandat vient à expiration, continuent à exercer leur fonction jusqu'à ce qu'ils soient remplacés. Si cela est impossible, le suppléant assurera le mandat jusqu'à ce qu'il soit pourvu au remplacement.

§ 5. Peuvent assister en qualité d'observateur aux travaux de la Commission :

1° un fonctionnaire du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, désigné par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions;

2° un fonctionnaire du SPF Justice, désigné par le Ministre qui a la Justice dans ses attributions;

3° un fonctionnaire attaché au secrétariat institué au Comité consultatif de Bioéthique;

4° un fonctionnaire de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité;

5° un représentant de chaque autorité, visée aux articles 128 et 130 de la Constitution et deux représentants de la Commission communautaire commune de la Région de Bruxelles-Capitale, créée en exécution de l'article 135 de la Constitution.

(§ 6. La qualité de président, président suppléant ou membre de la Commission est incompatible avec l'exercice de la fonction de médiation visée à l'article 11 de la loi relative aux droits du patient.) <AR 2004-12-08/38, art. 1, 002; En vigueur : 25-01-2005>

Art. 2. § 1er. Un bureau est institué auprès de la Commission, lequel est composé du président de la Commission, ainsi que de 4 membres dont chacune des catégories de membres, visées à l'article 1er, point 2° à 5° inclus, désigne un de ses membres.

§ 2. Le Bureau visé assure la gestion journalière de la Commission et organise ses travaux. Il prend entre autres toutes les mesures nécessaires pour préparer les travaux de la Commission.

Loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé, M.B., 2 avril 2010, p. 19913

Art. 8. § 1er. Le Fonds a pour mission d'organiser l'indemnisation des victimes de dommages résultant de soins de santé ou de leurs ayants droit, dans les limites des articles 4 et 5.

Dans le cadre de cette mission, le Fonds est chargé de :

1° déterminer si le dommage résultant de soins de santé subi par le patient engage ou non la responsabilité d'un prestataire de soins, et d'évaluer la gravité de celui-ci. Dans ce but, le Fonds peut :

a) solliciter de toute personne physique ou morale tous les documents et toutes les informations nécessaires pour pouvoir apprécier les causes, les circonstances et les conséquences du dommage faisant l'objet de la demande;

b) faire appel à des praticiens professionnels spécialisés afin d'obtenir des précisions dans un domaine particulier des soins de santé;

2° vérifier si la responsabilité civile du prestataire de soins qui a causé le dommage est effectivement et suffisamment couverte par une assurance;

3° lorsqu'il estime que le dommage répond aux conditions fixées aux articles 4 et 5, indemniser le patient ou ses ayants droit;

4° lorsqu'il estime que le dommage trouve sa cause dans un fait engageant la responsabilité d'un prestataire de soins, inviter celui-ci ou son assureur à formuler une offre d'indemnisation du patient ou de ses ayants droit;

5° organiser, à la demande du patient ou de ses ayants droit, d'un prestataire de soins ou de son assureur, une médiation conformément aux articles 1724 à 1733 du Code judiciaire. Le Fonds peut le cas échéant être partie à la médiation;

6° donner, à la demande du patient ou de ses ayants droit, un avis sur le point de savoir si le montant de l'indemnisation proposée par un prestataire de soins ou son assureur est suffisant.

§ 2. Le Fonds a également pour mission de :

1° émettre, à la demande du ministre ou d'initiative, des avis sur toute question concernant la prévention ou la réparation des dommages résultant de soins de santé;

2° établir des statistiques sur les indemnisations accordées en vertu des dispositions de la présente loi;

3° établir un rapport annuel d'activité, qui est remis au ministre, aux Chambres législatives et à la Commission fédérale Droits du patient". Ce rapport contient l'analyse des données statistiques et financières, des recommandations pour prévenir les dommages résultants de soins de santé, une présentation et un commentaire des avis que le Fonds estime devoir émettre. Ce rapport ne contient aucune donnée à caractère personnel.

Bibliographie

Législation

a) Législation internationale

Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, signée à Rome le 4 novembre 1950, approuvée par la loi du 13 mai 1955, *M.B.*, 19 août 1955, p. 5028.

Convention pour la protection des droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain en rapport avec les applications de la biologie et de la médecine, signée à Oviedo le 4 avril 1997.

b) Législation européenne

Rec. n° R(2000)5 du Comité des Ministres aux États membres sur le développement de structures permettant la participation des citoyens et des patients au processus décisionnel concernant les soins de santé, du 24 février 2000, disponible sur www.coe.int.

Charte européenne des droits du patient, présentée à Bruxelles le 15 novembre 2002.

c) Législation étrangère

The Act of 17 Augustus 1992 No. 785/1992 on Status and Rights of Patients.

The Act of 2 July 1999 No. 63 relating to Patients' Rights.

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

d) Législation belge

C. civ., art. 1134, 1043, 2262*bis*.

C. jud., art. 730/1, 1723/1, 1724, 1726, 1727, 1727/3, 1727/4 1728, 1730 à 1734.

C. pén., art. 458.

Code de bonne conduite du médiateur agréé, art. 19.

Loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, *M.B.*, 7 octobre 1987, p. 14652.

Loi du 19 février 2001 relative à la médiation en matière familiale dans le cadre d'une procédure judiciaire, *M.B.*, 3 avril 2001, p. 11218.

Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *M.B.*, 26 septembre 2002, p. 43719.

Loi du 21 février 2005 modifiant le Code judiciaire en ce qui concerne la médiation, *M.B.*, 22 mars 2005, p. 12772.

Loi du 15 mai 2007 relative à l'indemnisation des dommages résultants de soins de santé, *M.B.*, 6 juillet 2007, p. 19913.

Loi sur les hôpitaux et autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008, *M.B.*, 7 novembre 2008, p. 58624.

Loi du 29 avril 2009 relative aux pratiques non conventionnelles dans le domaine de l'art médical, de l'art pharmaceutique, de la kinésithérapie, de l'art infirmier et des professions paramédicales, *M.B.*, 24 juin 1999, p. 23793.

Loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé, *M.B.*, 2 avril 2010, p. 19913.

Loi du 2 juin 2010 modifiant le Code judiciaire dans le cadre de la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultants de soins de santé, *M.B.*, 1 juillet 2010, p. 43832.

Loi du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé, *M.B.*, 18 juin 2015, p. 35172.

Loi du 18 juin 2018 portant dispositions diverses en matière de droit civil et es dispositions en vue de promouvoir des formes alternatives de résolution des litiges, *M.B.*, 2 juillet 2018, p. 53455.

A.R. n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, *M.B.*, 14 novembre 1967, p. 11881.

A.R. du 10 juillet 1990 fixant les normes d'agrément applicables aux associations d'institutions et de services psychiatriques, *M.B.*, 26 juillet 1990, p. 14707.

A.R. du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, *M.B.*, 30 mai 2002, p. 23593.

A.R. du 1^{er} avril 2003 réglant la composition et le fonctionnement de la Commission fédérale « Droits du patient » instituée par l'article 16 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *M.B.*, 13 mai 2003, p. 25596.

A.R. du 8 juillet 2003 fixant les conditions auxquelles la fonction de médiation dans les hôpitaux doit répondre, *M.B.*, 26 août 2003, p. 41864.

A. R. du 19 mars 2007 modifiant l'arrêté royal du 8 juillet 2003 fixant les conditions auxquelles la fonction de médiation doit répondre, *M.B.*, 12 avril 2007, p. 20212.

A.R. du 2 juillet 2009 établissant la liste des professions paramédicales, *M.B.*, 17 août 2009, p. 54403.

Décision de la Commission fédérale de médiation du 1^{er} février 2007 modifiée par la décision du 11 mars 2010 23 septembre 2010, 14 et 28 mars 2019, déterminant les conditions et procédures d'agrément des instances de formation des médiateurs et les formations qu'elles organisent, ainsi que les programmes minimaux de formation pour médiateurs agréés et les évaluations en vue de la délivrance d'un agrément.

Décision de la Commission fédérale de médiation du 18 décembre 2008 modifiée par la décision du 11 juin 2009, 6 mai 2010 et 28 avril et 9 juin 2011 définissant les obligations des médiateurs agréés en matière de formation permanente.

e) Travaux préparatoires belges

Projet de loi relatif aux droits du patient, Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales par M. Remans et Mme de Roeck, *Doc. parl.*, Sén., sess. ord. 2001-2002, n° 2-1250/3, pp. 3-4, 13-14, 58.

Projet de loi relatif aux droits du patient, Exposé des motifs, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2001-2002, n° 50-1642/1, pp. 9-10.

Proposition de loi modifiant la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient en vue d'accroître l'indépendance de la fonction de médiation, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 51-2033/001, pp. 8, 15.

Proposition de loi modifiant, en ce qui concerne la fonction de médiation, la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2109/1, art. 2.

Projet de loi relatif à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé, Exposé des motifs, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2009-2010, n° 52-2240/001, pp. 6, 24, 25, 31.

f) Règlements

Règlement d'ordre intérieur de la fonction de médiation « Droits du patient » attachée à la plateforme de concertation en santé mentale du Brabant Wallon.

Règlement d'ordre intérieur de la fonction de médiation « Droits du patient » au Grand Hôpital de Charleroi.

Règlement d'ordre intérieur de la fonction de médiation « Droits du patient » aux cliniques universitaires de Saint-Luc.

Règlement d'ordre intérieur de la fonction de médiation « Droits du patient » du CHU de Namur.

Règlement d'ordre intérieur de la fonction de médiation « Droits du patient » de l'Epicura.

Règlement d'ordre intérieur de la fonction de médiation « Droits du patient » du CHU Saint-Pierre.

Règlement de procédure du 29 mai 2015 relatif au traitement des plaintes par l'Ombudsman pour le notariat.

Jurisprudence

a) Jurisprudence européenne

C.J.U.E., 27 février 2018 (*Associação Sindical dos Juizes Portugueses c. Tribunal de Contas*), C-64/16, EU:C:2018:117, § 44.

C.J.U.E., 25 juillet 2018 (*LM*), C-216/18, EU:C:2018:586, § 65.

b) *Jurisprudence belge*

Liège (1ère ch.), 15 janvier 2007, *J.L.M.B.*, 2007, p. 532.

Civ. Mons, 4 novembre 1980, *R.G.A.R.*, 1982, p. 467.

Doctrine

a) *Monographies*

BARTHÉLEMI E., MEERSSEMAN C. et SERVAIS F., *Confidentialité étatique et secret professionnel : enjeux pour une société démocratique*, Paris, Fabert, 2011.

BAUGNIET N., *La médiation familiale : Mode de règlement des conflits familiaux*, Bruxelles, de Boeck, 2008.

BROGAN M. and SPENCER D., *Mediation law and practice*, Cambridge, Cambridge University Press, 2006.

BOURRY D'ANTIN M., PLUYETTE G. et BENSIMON S., *Arts et technique de la médiation*, 1^{er} éd., Paris, Litec, 2004.

CALLEWAERT V., De CONINCK B. et GATHEM G., *La responsabilité civile. Chronique de jurisprudence 1996-1997. Volume 1 : le fait générateur et le lien causal*, Les dossiers du Journal des tribunaux, Bruxelles, Larcier, 2009.

CLEMENT J.-M., *1999-2000 : la mutation de l'hôpital*, Bordeaux, Les Etudes Hospitalières, 2001.

CRUYPLANTS J., GONDA M. et WAGEMANS M., *Droit et pratique de la médiation*, Bruxelles, Bruylant, 2008.

DEMERS D., *La médecine défensive : fondements, principes, responsabilité médicale et solutions*, Mémoire, Université de Sherbrooke, 1996.

DERESE M.-N., *La médiation dans les soins de santé : enjeux et perspectives*, Thèse de doctorat, coll. Bibliothèque de la faculté de droit de l'Université de Namur, Bruxelles, Kluwer, 2013.

DOHERTY N. and GUYLER M., *The Essential Guide to Workplace Mediation and Conflict Resolution*, Londres, Kogan Page, 2008.

DUBUISSON B., CALLEWAERT V., De CONINCK B. et GATHEM G., *La responsabilité civile. Chronique de jurisprudence 1996-1997. Volume 1 : le fait générateur et le lien causal*, Bruxelles, Larcier, 2009.

FRENKEL N. and STARK J., *The Practice of Mediation*, 3^e éd., New-York, Kluwer, 2008.

FRICERO N., BUTRUILLE-CARDEW C., BENRAÏS L., GORCHS-GELZERET B. et PAYAN G., *Le guide des modes amiables de résolution des différents (MARD)*, 3^e éd., Paris, Dalloz, 2017-2018.

GARBY T., *La gestion des conflits*, Collection Entreprise et perspectives économiques, Paris, Economica, 2004.

GENICOT G., *Droit médical et biomédical*, 2^e éd., Bruxelles, Larcier, 2016.

GULTENS L.-A., *La loi du 18 juin 2018 est-elle une énième tentative, pleine de promesses utopiques, ou une intervention législative nécessaire et utile au désengorgement des tribunaux ?*, Mémoire, Université catholique de Louvain, 2019.

KOLB D., *The Mediators*, Cambridge (Mass), M.I.T. Press, 1983.

LAURANT N., *Oser la médiation au sein du monde notarial : étude de la complémentarité du métier de médiateur à celui de notaire*, Mémoire, Université catholique de Louvain, 2016.

LEVY C. et JACOB C., *La médiation et les conflits dans le secteur des soins de santé*, Bruxelles, Kluwer, 2007.

MOORE C., *The Mediation Process: Practical Strategies for Resolving Conflict*, 4^e éd., San Francisco, Jossey-Bass, 2014.

RENSON P.-P., *La médiation civile et commerciale : comment éviter les aléas, le coût et la durée d'un procès*, Louvain-la-Neuve, Anthémis, 2010.

SHURMANS M., *L'indépendance et l'impartialité de l'arbitre : entre apparence et réalité*, Mémoire, Université catholique de Louvain, 2017.

SMETS-GARY C. et BECKER M., *Médiation et techniques de négociation intégrative*, Bruxelles, Larcier, 2011.

VANSWEEVELT T. en WEYTS B., *Handboek Buitencontractueel Aansprakelijkheidsrecht*, Anvers, Intersentia, 2009.

VANSWEEVELT T., *La responsabilité des professionnels de la santé*, vol. 1, Bruxelles, Kluwer, 2015.

b) Périodiques

ARMAND-PREVOST M., « La médiation. Trop connue, mal connue, méconnue (1^{ère} partie) », *Gaz/Pal.*, 2006, pp. 2-20.

BROUWERS S., « Het juridisch statuut van de advocaat-scheidingsbemideaar », *R.W.*, 1998-1999, p. 629.

BUYLE J.-P. and LAGUESSE G., « Professional Privilege, and Confidentiality : the Belgian and European Perspective », *European Journal of Consumer Law*, 2011/3, pp. 603-634.

DERÈSE M.-N., « La médiation dans les soins de santé : les enjeux et les perspectives de la problématique de la formation des médiateurs », *A.D.L.*, 2013/4, p. 502-522.

D'HUART V., « Statut et fonction du médiateur », *Ius & Actores*, 2007/1, pp. 25-46.

FONTEYN B., POUPPEZ C. et SLEGGERS P., « Indemnisation des dommages résultant des soins de santé : le Fonds est mort, vive le Fonds ! », *J.T.*, 2011/19, n° 6437, pp. 373-379.

GENICOT G., « Le manquement du médecin à son devoir d'information cause un préjudice autonome », *J.T.*, 2011/6, n° 6424, pp. 110-113.

HERIJGERS C., « De vertrouwelijkheid en het gebruik van ombudsgegevens uit ziekenhuizen », *Tijdschrift voor gezondheidsrecht*, 2015, n° 3, pp. 6-29.

LANGENAKEN E., « La loi belge du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé : Encore un effort... », *R.G.A.R.*, 2011/8, p. 14775.

LELEU Y.-H., « La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient », *J.T.*, 2003/31, n° 6109, pp. 649-659.

LESSELIERS V., « 7 redenen waarom de nieuwe wet op de bemiddeling belangrijk is voor het notariaat », *T. Not.*, 2019/3, pp. 219-230.

THILLY A., « De la pratique à la loi du 19 février 2001 relative à la médiation en matière familiale dans le cadre d'une procédure judiciaire », *J.T.*, 2001, n° 6023, pp. 665-674.

MAYERUS D. et STAQUET P., « La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient et son impact sur la relation patient-médecin », *D.C.C.R.*, 2002/4, n° 57, pp. 3-48.

MORMONT M., « Aux sources de la loi », *Santé conjugulée*, 2014, n° 68, pp. 38-40.

MULLER I., « Médiation dans les soins, parapluie ou porte-voix ? », *Santé conjugulée*, 2014, n° 68, pp. 33-37.

PAULUS J.-P. et DE RODE H., « Responsabilité médicale : questions incontournables », *Consilio*, 2017, n° 4, pp. 176-187.

RENSON P.-P., « La médiation et les enjeux liés à la formation des médiateurs agréés », *Jurim Pratique*, 2014/1, pp. 69-100.

REUSENS I., « Avis du fonds des accidents médicaux : de la casuistique à la jurisprudence », *R.G.A.R.*, 2018/4, p. 15470

SCHAMPS G., « Le Fonds des accidents médicaux et l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé », *R.G.A.R.*, 2014/1, p. 15035.

STAQUET P., « Indemnisation des dommages résultants des soins de santé : la loi F.A.M. », *Consilio*, 2010/4, pp. 135-168.

VAN GYSEGHEM J.-M., « Droits du patient : quelques réflexions », *R.G.A.R.*, 2006/6, p. 14132.

VAN LEYNSEELE P., « La loi du 18 juin 2018 : l'appel à la médiation ou le Waterloo de la médiation volontaire ? », *J.T.*, 2018/39, n° 6751, pp. 877-893.

c) *Contributions dans un ouvrage collectif*

BRIDOUX A., « Chapitre 5 – Homologation », in *Les écrits en médiation selon le Code judiciaire*, Bruxelles, Larcier, 2015, pp. 77-101.

BUELENS W., « Hoofdstuk I - Een alternatief vergoedingssysteem », in *Het medisch ongeval zonder aansprakelijkheid*, Anvers, Intersentia, 2019, pp. 1-26.

CAPRASSE O., « Titre 11 – L’arbitrage et la médiation, Chapitre 2 – La médiation », in *Droit judiciaire – Tome 2* (sous la dir. de G. de Leval), Bruxelles, Larcier, 2015, pp. 1431-1445.

DEFLOOR S., « Hoofdstuk V - De rechten van de (kandidaat-)verzekerde als patiënt », in *Het gebruik van medische informatie in private verzekeringen*, Anvers, Intersentia, 2014, pp. 253-314.

DEJOLLIER A., « Réforme du Code judiciaire en vue de promouvoir des formes alternatives de résolution des litiges : des hautes et débats », in *Actualités législatives en droit de la personne et de la famille* (sous la dir. de J. JOSSON), Bruxelles, Larcier, 2018, pp. 225-326.

DELFORGE C., « La loi du 18 juin 2018 et la promotion de la médiation : vers un changement de paradigme ? », in *La médiation autrement* (sous la dir. de B. INGHELS), Bruxelles, Larcier, 2019, pp. 11-49.

DERESE M.-N., « La médiation dans le domaine des soins de santé : la notion de plaignant, l’indépendance et la formation du médiateur – situation en droits belge, néerlandais et français », in *Évolution des droits du patient, indemnisation sans faute des dommages liés aux soins de santé : le droit médical en mouvement* (sous la dir. de G. SCHAMPS), Bruxelles, Bruylant, 2008, pp. 299-362.

DERÈSE M.-N., « Chapitre 8 - La médiation dans les soins de santé », in *Une autre justice possible ?* (sous la dir. de T. MARCHANDISE), Bruxelles, Larcier, 2015, pp. 255-287.

DUBUIS A., « Section II. – La question de l’attribution de droits au patient », in *Les droits du patient en droit de l’Union européenne*, Bruxelles, Bruylant, 2017, pp. 79-113.

FORNACIARI D., GOFFIN T en TACK S., « Wet 22 augustus 2002 », in *Wet & Duiding Zorginstellingen in de diverse takken van het recht*, Gent, Larcier, 2013, pp. 61-101.

INGHELS B., « Introduction », in *Une autre justice possible ?*, (sous la dir. de T. MARCHANDISE), Bruxelles, Larcier, 2015, pp. 7-20.

LAURENT-BOYER L., « La médiation familiale : définition, cadre théorique, bienfaits pour la famille et étude de modèles », in *La médiation familiale* (sous la dir. de L. LAURENT-BOYER), Cowansville (Québec), Yvon Blais, 1992, pp 3-33.

MATRAY D. et VAN DEN BERG A.-J., L’indépendance et l’impartialité de l’arbitre », in *L’arbitre : pouvoirs et statuts*, Actes du colloque tenu au CEPANI le 28 mars 2003, Bruxelles, Bruylant, 2003, pp. 85-162.

MATTHYS J., « Afdeling 3. - De ombudsdiensten », in *Evaluatie en vergoeding van lichamelijke schade*, Gent, Larcier, 2017, pp. 153-154.

RENDERS D. et BOMBOIS T., « La médiation en droit public », in *La médiation. Voie d'avenir aux multiples facettes ou miroir aux alouettes ?* (sous la dir. de P.-P. RENSON), Actes du colloque tenu à Gosselies le 29 mai 2008, Bruxelles, Anthémis, 2008, pp. 142-144.

SCHAMPS G. et DERÈSE M.-N., « La médiation dans les soins de santé : un mode alternatif de prévention et de résolution des conflits dans la relation entre le patient et le praticien professionnel », in *La flexibilité des sanctions*, Bruxelles, Bruylant, 2012, pp. 441-460.

THUNIS X., Théorie générale de la faute. La faute civile, un concept polymorphe, in *Responsabilités. Traité théorique et pratique*, vol. 1, Bruxelles, Kluwer, 2001, pp. 14-23.

VANSWEEVELT T., « Naar een nieuw medisch ongevallenrecht », in *Actueel aansprakelijkheidsrecht*, Gent, Larcier, 2012, pp. 253-346.

VERHAEGEN M.-N., « La gestion de plaintes de patients auprès des services de médiation selon la loi relative aux droits du patient », in *Évolution des droits du patient, indemnisation sans faute des dommages liés aux soins de santé : le droit médical en mouvement* (sous la dir. de G. SCHAMPS), Bruxelles, Bruylant, 2008, pp. 259-297.

Divers

ASSOCIATION BELGE DES SYNDICATS MEDICAUX, « Les pratiques non-conventionnelles », disponible sur www.absym-bvas.be, 2 mai 2013.

ASSOCIATION DES MÉDIATEURS EN INSTITUTIONS DE SOINS, « A propos de nous », disponible sur www.mediateurs-amis.be, s.d., consulté le 26 juillet 2020.

ASSOCIATION POUR LA COMMUNICATION NONVIOLENTE DE BELGIQUE FRANCOPHONE, « Qu'est-ce que la CNV », disponible sur www.cnvbelgique.be, s.d., consulté le 26 juillet 2020.

BERTRAND M., « Les administrations et le(s) médiateur(s) », disponible sur www.le-mediateur.be, s.d., consulté le 21 mai 2020.

CABINET D'AVOCATS RENSON, « Bref historique de la médiation », disponible sur www.renson-avocats.be, s.d., consulté le 10 octobre 2019.

CENTRE DE RECHERCHE ET D'INFORMATION DES ORGANISATIONS DE CONSOMMATEURS, « La médiation hospitalière : perceptions et attentes des patients », disponible sur www.mediateurs-amis.be, décembre 2007.

CENTRE DE SOCIOLOGIE DES ORGANISATIONS, « Les droits des malades et des usagers du système de santé, une législation plus tard », disponible sur www.cso.edu, 1^{er} mars 2007.

CENTRE NATIONAL DE RESSOURCES TEXTUELLES ET LEXICALES, « Patient », disponible sur www.cnrtl.fr, s.d., consulté le 12 novembre 2019.

COMITE DE COORDINATION DES HOPITAUX, « Projet d'avis relatif au financement de la fonction de médiation », disponible sur www.mediateurs-amis.be, 8 novembre 2012,

COMMISSION FEDERALE DE MEDIATION, « Homologation d'un accord », disponible sur www.cfm-fbc.be, s.d. consulté le 21 juin 2020.

COMMISSION FEDERALE DE MEDIATION, « La spécialisation », disponible sur www.cfm-fbc.be, s.d., consulté le 24 juin 2020.

COMMISSION FEDERALE « DROITS DU PATIENT », « Avis relatif à la position du médiateur dans l'hôpital et sa relation vis-à-vis du gestionnaire hospitalier, de la direction et du médecin en chef », réf. CFDP/A/MED/1, disponible sur www.organesdeconcertation.sante.belgique.be, 22 janvier 2007.

COMMISSION FEDERALE « DROITS DU PATIENT », « Avis relatif à la formation des médiateurs « Droits du patient » dans les hôpitaux et les plates-formes de concertation en santé mentale », réf. CFDP/MED, disponible sur www.organesdeconcertation.sante.belgique.be, 24 avril 2008.

COMMISSION FEDERALE « DROITS DU PATIENT », « Avis relatif au règlement intérieur de la fonction de médiation dans les hôpitaux et les plates-formes de concertation en santé mentale », réf. CFDP/MED, disponible sur www.organesdeconcertation.sante.belgique.be, 12 juin 2009.

COMMISSION FEDERALE « DROITS DU PATIENT », « Avis relatif à l'évaluation de la médiation et du fonctionnement de la fonction de médiation dans le secteur des soins de santé », réf. CFDP/VH/RE/2011/2, disponible sur www.organesdeconcertation.sante.belgique.be, 10 juin 2011.

COMMISSION FEDERALE « DROITS DU PATIENT », « Avis relatif à la fonction de médiation prévue dans la loi relative aux droits du patient : vers une professionnalisation, un statut, une harmonisation des pratiques dans l'intérêt de la qualité des soins », disponible sur www.organesdeconcertation.sante.belgique.be, 19 mai 2017.

CONSEIL D'ETAT, « Guide de rédaction des textes législatifs et réglementaires », disponible sur www.raadvst-consetat.be, 2008.

COUR DES COMPTES, « Fonds des accidents médicaux : organisation et fonctionnement », disponible sur www.ccrek.be, juin 2020.

COUR DE JUSTICE DE L'UNION EUROPEENNE, « Médiation dans les États-membres – Belgique », disponible sur www.e-justice.europa.eu, 6 août 2019.

Déclaration gouvernementale du 14 juillet 1999, disponible sur www.crisp.be.

FLOOR A., « La médiation prend de plus en plus de place dans notre société : pourquoi, comment et jusqu'où ? », disponible sur www.ufapec.be, 2011.

FONDATION ROI BAUDOIN, « Gestion des plaintes et médiation en soins de santé : un bref état de la question en Belgique », disponible sur www.chu.ulg.ac.be, janvier 2009.

FONDATION ROI BAUDOIN, « Gestion des plaintes et médiation en soins de santé : vers un nouveau système en Belgique », disponible sur www.chu.ulg.ac.be, avril 2010.

GRIESS S., « La médiation : une étape désormais (presque) indispensable dans le traitement des litiges », disponible sur www.lexogo.be, 30 août 2018.

GRYSON S., VERHAEGEN M.-N., WILMOTTE R. et DEBREYNE V., « Rapport annuel 2006 du service de médiation fédérale "Droits du patient" », disponible sur www.health.f-gov.be, 2007.

GRYSON S., VERHAEGEN M.-N., WILMOTTE R. et DEBREYNE V., « Rapport annuel 2005 du service de médiation fédérale "Droits du patient" », disponible sur www.health.f-gov.be, 2006.

GRYSON S., VERHAEGEN M.-N. et DEBREYNE V., « Rapport annuel 2009 du service de médiation fédérale "Droits du patient" », disponible sur www.health.f-gov.be, 2010.

HENRION L.-M., « Qu'est-ce que la médiation », disponible sur www.droitbelge.net, 18 mars 2011.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE, « Faire une demande à notre Fonds des accidents médicaux (FAM), disponible sur www.inami.fgov.be, *s.d.*, consulté le 26 juillet 2020.

JACQUERYE A., « Etude exploratoire de la médiation hospitalière : Allemagne, Canada, Finlande, France, Norvège, Pays-Bas, Royaume-Uni », disponible sur www.studylibfr.com, décembre 2007.

L'ASSOCIATION BELGE DES SYNDICATS MEDICAUX, « Les pratiques non-conventionnelles », disponible sur www.absym-bvas.be, 2 mai 2013.

LEMAN J.-C., « Protocole de médiation », disponible sur www.socialenergie.be, *s.d.*, consulté le 4 août 2020.

MALENGREAUX S. et GRENIER C., « La décision partagée en consultation de médecine générale », disponible sur www.cdn.uclouvain.be, novembre 2017.

MEDIATIONS ASBL, « La médiation en institutions de soins : sa pratique, ses outils de prévention des conflits et son cadre », disponible sur www.lbfsm.be, 2017.

ORDRE DES MEDECINS, « L'article 458 du Code pénal et la production des documents ordonnée par le juge », disponible sur www.ordomedic.be, 1^{er} janvier 1976, p. 1.

ORDRE DES MEDECINS, « Avis sur la fonction de médiation », disponible sur www.ordomedic.be, 21 mai 2005.

PLATE-FORME DE CONCERTATION EN SANTE MENTALE DE LA PROVINCE DU LUXEMBOURG, « Secret professionnel », disponible sur www.plateformepsylux.be, *s.d.*, consulté le 4 août 2020.

PLATE-FORME DE CONCERTATION EN SANTE MENTALE DU BRABANT WALLON, « Que sont les plates-formes de concertation ? », disponible sur www.pfsmbw.be, *s.d.*, consulté le 24 mai 2020.

RENTMEESTERS J., « Règlement d'ordre intérieur de la plate-forme de concertation en santé mentale du Brabant wallon », disponible sur www.pfsmbw.be, 14 octobre 2019.

SANTHEA, « A propos », disponible sur www.santhea.be, *s.d.*, consulté le 29 mai 2020.

SPF SANTÉ PUBLIQUE, SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT, « Pratiques non conventionnelles », disponible sur www.health.belgium.be, 27 janvier 2016.

SPF SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT, « Glossaire du site web du point de contact national des soins de santé transfrontaliers de la Belgique », disponible sur www.health.belgium.be, 12 janvier 2016.

VAN DE PUTTE F. et VAN LEYNSEELE P., « Une nouvelle loi sur la médiation », disponible sur www.droitbelge.be, 24 février 2005.

VERHAEGEN M.-N., « Rapport annuel 2004 du service de médiation fédéral "Droits du patient" », disponible sur www.health.f-gov.be, 2005.

VERHAEGEN M.-N., DEBREYNE V., OMBELET S. et VAN HIRTUM T., « Rapport annuel 2014 du service de médiation fédéral "Droits du patient" », disponible sur www.health.f-gov.be, 2015.

VERHAEGEN M.-N., DEBREYNE V., OMBELET S. et VAN HIRTUM T., « Rapport annuel 2017 du service de médiation fédéral "Droits du patient" », disponible sur www.health.f-gov.be, 2018.

VERHAEGEN M.-N., OMBELET S., VAN HIRTUM T., DESEYN B. et MARTIN A., « Rapport annuel 2018 du service de médiation fédéral "Droits du patient" », disponible sur www.health.f-gov.be, 2019.

VLAAMS PATIENTENPLATFORM VZW, «Voorstellen tot aanpassing van de wet op patientenrechten van 22 augustus 2002 », disponible sur www.vlaamspatientenplatform.be, 17 novembre 2005.

X., Initiatives d’Habitations Protégées, disponible sur www.pro.guidesocial.be, *s.d.*, consulté le 11 octobre 2019.

X., « La prise de décision partagée en médecine générale », disponible sur www.30ansplustard.wordpress.com, 20 décembre 2015.

Entretiens

Entretien accordé le 7 novembre 2019, par Mathieu Vanderheyden, médiateur au CHU Brugmann.

Entretien accordé le 8 novembre 2019, par Françoise Claessens, médiatrice à l’Institut Jules Bordet.

Entretien accordé le 24 janvier 2020, par Maria Alvares-Baranga, médiatrice aux cliniques universitaires de Saint-Luc.

Entretien accordé à Pauline Jassogne (étudiante à l’UCL) le 28 mai 2020, par Gilles Genicot, avocat en droit de la responsabilité médicale.

Entretien accordé le 8 juin 2020, par Delphine Dortu, médiatrice de la plate-forme psychiatrique liégeoise.

Entretien accordé le 8 juin 2020, par Olivia Jeunejean, médiatrice de la plate-forme psychiatrique des Régions du Centre et de Charleroi.

Entretien accordé le 15 juin 2020, par Marie-Noëlle Derèse, magistrate au Parquet de Bruxelles, ayant effectué une thèse de doctorat sur la médiation dans les soins de santé.

