

LE RÔLE ET LA PLACE DU MÉDIATEUR DANS LES INTERACTIONS ENTRE LES DIFFÉRENTS ACTEURS EN PSYCHIATRIE INFANTO-JUVÉNILE

Plates-Formes de concertation en santé mentale
wallonnes – bruxelloise – germanophone

Fondation Roi Baudouin et Facultés Universitaires St-Louis

Juillet 2014

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION.....	2
II. LA MEDIATION EN SANTE MENTALE :	4
ASPECTS FONDAMENTAUX D'UNE DEFINITION DE LA FONCTION	4
1. Les principes fondamentaux de la médiation	4
2. La médiation dans les soins de santé	7
3. La médiation en santé mentale et en unités pédopsychiatriques.....	9
4. Définitions données par le lexique du Code de la médiation 2009	11
III. LE ROLE ET LA PLACE DU MEDIATEUR DANS LES INTERACTIONS	12
ENTRE LES DIFFERENTS ACTEURS EN PEDOPSYCHIATRIE : ANALYSE EN GROUPE	12
1. La méthode d'analyse en groupe (MAG)	12
1.1. Présentation de la méthode.....	14
1.2. Les étapes de l'analyse en groupe	15
2. Présentation et choix des récits.....	18
3. Analyse du premier récit : « Raphaël veut voir son papa ».....	19
3.1. Présentation du récit par la narratrice.....	19
3.2. Questions d'informations	21
3.3. Convergences et divergences interprétatives.....	22
4. Analyse du second récit : « Julie toute seule ».....	29
5. Problématiques et perspectives.....	34
IV. QUESTIONS D'APPROFONDISSEMENT.....	41
1. Formalisation de la médiation.....	41
2. La représentation du mineur et la fonction de médiation.....	43
3. La question de la prévention dans la médiation	47
V. CONCLUSION SOUS FORME DE PISTES ET DE RENCONTRES FUTURES	49
VI. BIBLIOGRAPHIE	51

I. INTRODUCTION

Instituée par la loi relative aux Droits du patient du 22 août 2002, la fonction de médiation s'est peu à peu implantée dans le paysage des soins de santé. Sur le terrain des institutions psychiatriques, les médiateurs et médiatrices en santé mentale sont allés à la rencontre des patients y compris dans les sections fermées et dans les établissements de défense sociale. Toutefois un secteur spécifique, celui de la psychiatrie infanto-juvénile, semblait « résister », en suscitant des interrogations quant à la possibilité effective d'y exercer une pratique de médiation comparable à celle qui était menée avec des patients adultes. A plusieurs reprises lors de leurs réunions d'intervisions, les médiateurs et médiatrices avaient fait le constat de difficultés non seulement pour remplir leurs missions, mais aussi pour implémenter la fonction au sein de services ou d'institutions hébergeant des patients mineurs. Interpellées à ce sujet, les Plates-formes de Concertation en Santé Mentale ont décidé d'organiser un groupe de travail pour se pencher sur ces questions. L'initiative a rapidement rencontré le soutien de la Fondation Roi Baudouin.

En guise de méthodologie, le choix du groupe de travail s'est porté sur la méthode d'analyse en groupe (MAG) mise au point par un groupe de chercheurs des Facultés Saint-Louis à Bruxelles¹. Autour de l'animateur envoyé par les Facultés Saint-Louis se sont rassemblés des médiatrices, des membres du personnel soignant de plusieurs services de psychiatrie infanto-juvénile, des coordinateurs de Plates-formes et des observateurs extérieurs. La méthode d'analyse en groupe s'est déroulée sur quatre séances dont le contenu détaillé figure dans la troisième partie de ce document. A l'issue du travail, ont émergé un certain nombre de questions qu'il a semblé nécessaire d'approfondir. Des sous-groupes se sont alors constitués afin de traiter ces questions de manière plus détaillée. Ces questions font l'objet de la quatrième partie du texte. Mais ce que la méthode a surtout fait apparaître, ce sont les préjugés et représentations diverses portant sur la nature même de la fonction de médiation. C'est pourquoi, il a paru indispensable que les médiatrices mènent un travail complémentaire destiné à préciser les éléments fondamentaux de leur fonction. A posteriori, il est apparu que cette partie du travail représentait en quelque sorte un socle de base, ce qui a justifié de la placer en début du document, soit au point II.

¹ VAN CAMPENHOUDT L., CHAUMONT J-M. & A. FRANSSEN (2005), *La Méthode d'analyse en groupe. Applications aux phénomènes sociaux*, Paris, Éditions Dunod

Le produit final, au terme des réunions du groupe plénier et des sous-groupes est le texte qui suit, avec ses trois parties : éléments fondamentaux de la médiation, méthode d'analyse en groupe, approfondissement de quelques questions. Il serait pourtant trompeur de réduire le résultat de plusieurs mois de travail à un document. Le moindre mérite du groupe n'a pas été de rassembler autour d'une même table des soignants, des médiatrices, des coordinateurs, des observateurs extérieurs et de leur permettre de confronter leurs représentations. Les débats nés de ces rencontres ont été souvent riches, parfois animés ; ils ont surtout permis de formuler avec davantage de précision un certain nombre de difficultés, en laissant aussi des questions ouvertes qui ne demandent qu'à continuer à nourrir les réflexions.

Les membres du groupe de travail tiennent à exprimer leurs plus vifs remerciements aux Plates-formes de Concertation en Santé Mentale ainsi qu'à la Fondation Roi Baudouin pour le soutien précieux apporté à cette aventure.

II. LA MEDIATION EN SANTE MENTALE :

ASPECTS FONDAMENTAUX D'UNE DEFINITION DE LA FONCTION

Ce texte est le fruit d'un processus de discussion au sein du groupe d'intervision entre médiateurs et médiatrices attachés aux Plates-formes de Concertation en Santé mentale des Régions wallonne et bruxelloise. L'objectif de leur réflexion a été de dégager ce qui constitue l'essence de la fonction de médiation à partir des caractéristiques fondamentales du processus pour envisager ensuite la manière dont la fonction s'applique dans le cadre spécifique des soins de santé en général, puis dans le secteur des soins de santé mentale.

Par souci de clarté nous proposons donc trois étapes dans les approches descriptives de cette fonction :

1. Les principes fondamentaux de la médiation en général
2. La fonction de médiation dans les soins de santé
3. La médiation en santé mentale et en unités pédopsychiatriques
4. En guise de référence, nous citerons un extrait de l'ouvrage « Le code de médiation² consacré à quelques définitions de base.

1. Les principes fondamentaux de la médiation

En vue de s'accorder sur une définition de la médiation en général, le groupe s'est basé sur les définitions proposées par la littérature. Parmi celles-ci, deux références ont particulièrement retenu notre attention : il s'agit des définitions respectivement proposées par Jean-François Six et par Michèle Guillaume-Hofnung :

- « La médiation est un processus de création et de réparation du lien social et de règlement des conflits de la vie quotidienne, dans lequel un tiers impartial et

² *Le code de la médiation*, Agnès Tavel et Jean-Louis Lascoux, Médiateurs Editeurs, ISBN 2917459018.

indépendant tente à travers l'organisation d'échanges entre les personnes ou les institutions d'améliorer une relation ou de régler un conflit qui les oppose. »³

- « La médiation est un processus volontaire d'établissement ou de rétablissement du lien social, de prévention ou de règlement des différends. Ce processus s'effectue au travers d'une communication éthique durant laquelle les personnes s'efforcent de renouer le dialogue pour trouver une solution à leur situation. Au cours de ce processus, un médiateur, tiers, indépendant les accompagne de façon impartiale, et sans influencer les résultats tout en garantissant le respect des intérêts de chacun des participants et la confidentialité des échanges. »⁴

Sur base de ces deux sources principales, les médiateurs et médiatrices en santé mentale ont retenu les critères suivants qui participent à la définition de la médiation :

- **La médiation est un processus**

Parler en terme de processus, c'est évoquer un ensemble d'étapes inscrites dans la durée et orientées vers une finalité. « Un **processus** est un déroulement actif, organisé dans le temps, qui prend en compte le caractère aléatoire d'un développement. Il s'agit d'une série d'étapes identifiables qui ne suivent pas un ordre formel. La médiation nécessite l'intégration du « principe d'incertitude » du processus qui laisse une marge floue favorable à la créativité – l'inventivité, combinant à la fois l'affectivité, la fantaisie et la raison des parties. »⁵ (Lexique du code de la médiation 2009⁶).

Cette finalité est décrite au point 1.3. Le médiateur est responsable du processus mais pas du résultat. La médiation est un processus qui répond aux caractères suivants :

³ SIX, J.-F., MUSSAUD, V., *définition proposée au séminaire organisé par la délégation interministérielle à la ville en septembre 2000*. Voir également : SIX, J-F., « *Le temps des médiateurs* », Seuil juin 1990, réédition 2001.

⁴ GUILLAUME-HOFNUNG, M., Brochure « *Pour une définition européenne de la médiation* » p.7, Université de Paris XI, Master diplomatie et négociations stratégiques (CEI) - Séminaire du 17 au 19 mai 2011 à Strasbourg.

⁵ Lexique du code de la médiation 2009,

⁶ *Le code de la médiation*, Agnès Tavel et Jean-Louis Lascoux, Médiateurs Editeurs, ISBN 2917459018

- C'est un processus de communication éthique, c'est-à-dire qui envisage la communication entre des personnes avec un souci d'égalité dans la relation entre parties.
- C'est un processus libre et volontaire, qui ne peut être imposé ni par obligation ni par contrainte ni par manipulation, et qui repose sur un engagement de chacune des personnes concernées.
- C'est un processus qui évolue dans un espace confidentiel, garantie indispensable et source de la confiance que les acteurs peuvent accorder tant au processus qu'à la personne du médiateur.
- C'est un processus qui n'est a priori soumis à aucun formalisme ; en ce sens, il se distingue d'une procédure juridique (qu'elle soit judiciaire ou administrative).
- C'est un processus accessible à toute personne intéressée.

- **La médiation fait appel à un tiers**

La présence du « tiers » est un élément fondamental pour définir la médiation. Le tiers médiateur se distingue de la position de tiers existante dans d'autres modes de règlement des conflits dans la stricte mesure où le médiateur s'engage à respecter les caractéristiques liées à sa posture professionnelle (voir ci-après). Dans cette mesure, le tiers médiateur signe alors une position médiane et extérieure : il est un troisième terme différent de l'une et de l'autre personne en présence dans l'espace de médiation ou dans la rencontre. Lorsque le tiers adopte la posture d'un médiateur, il doit présenter les caractères suivants :

- Indépendance :

L'indépendance qualifie la relation du médiateur à l'égard d'une hiérarchie ou d'une autorité. Lorsqu'il mène le processus, le médiateur est autonome, il n'est pas subordonné aux injonctions d'une hiérarchie.

- Neutralité :

Disposition du médiateur à s'abstenir de jugement, de conseil ou d'influence. La position de neutralité indique que le médiateur n'a pas d'attente particulière quant à la solution ou au résultat.

- Multi-partialité :

Refus de prendre parti, empathie équitablement répartie. La multi-partialité qualifie la relation du médiateur aux personnes concernées ; il s'agit d'une capacité de rejoindre et de comprendre les points de vue exprimés par chacune des personnes en présence.

➤ Position de non-pouvoir :

Pas de pouvoir institué, seules les personnes concernées lui reconnaissent une autorité bienveillante pour mener le processus.

➤ Position de non-savoir :

Refus du médiateur d'occuper une position d'expert.

➤ Secret professionnel :

Le médiateur est tenu au secret professionnel⁷ ; le médiateur rappelle aux parties le respect de la confidentialité des échanges et des pièces y afférentes.

➤ Visibilité et accessibilité du médiateur :

Le médiateur doit être accessible au public visé, selon sa spécialité et selon les caractéristiques de ce public.

• **La médiation poursuit des objectifs**

Les objectifs poursuivis par la médiation sont essentiellement de deux ordres :

- La régulation de situations d'interrogations, de désaccords, de divergences, de conflits ("médiation de différends")
- La reconstruction d'un lien interpersonnel ou social, en dehors même d'un conflit ("médiation de différences")⁸.

2. La médiation dans les soins de santé

Lorsqu'elle se pratique dans un contexte déterminé, comme celui des soins de santé, tout en restant fidèle à ses principes fondateurs, la médiation est amenée à tenir compte des éléments qui sont spécifiques au contexte dans lequel elle se pratique.

Dans le contexte particulier des soins de santé, la fonction de médiation se voit attribuer, par dispositions légales, de nouvelles missions, telle la mission de formulation de recommandations auprès des directions d'institutions et des autorités. Il nous faut constater que ces missions génèrent entre elles un certain paradoxe

⁷ Art. 458 du Code pénal.

⁸ « Médiation », Jean-François Six et Véronique Mussaud, Seuil, 11/9/2002

(voir plus bas), lequel peut être susceptible de venir déséquilibrer la posture du médiateur.

Nous relevons essentiellement trois particularités inhérentes au contexte des soins de santé :

Première particularité : la médiation au regard de la loi

La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient et ses AR d'exécution installent l'accès à la fonction de médiation au rang des droits du patient et précisent les contours des missions du médiateur ainsi que les conditions auxquelles la fonction de médiation doit répondre. La médiation dans les soins de santé s'institue ainsi dans un cadre légal qui implique que :

- en vertu de l'article 11 §1 de la loi, c'est le « patient *qui a* le droit d'introduire une plainte concernant l'exercice des droits ». La loi ne prévoit pas explicitement la possibilité de se plaindre pour les praticiens professionnels. Cette disposition peut apparaître comme un accès « déséquilibré » à la médiation et induire la représentation d'une fonction davantage au service des patients, alors qu'elle est au service de la relation soignants-soignés. La Commission Fédérale « Droits du patient » a élargi la possibilité de porter plainte à tout tiers intéressé.⁹
- en vertu de l'article 11 §2 de la loi, les médiateurs se voient confier de nouvelles missions outre celles qui sont directement liées aux principes généraux fondateurs. Ces nouvelles missions sont celles de la rédaction d'un rapport d'activité faisant état des droits du patient mis en difficultés lors des pratiques de soin, mission de proposer des recommandations aux institutions, le cas échéant. Les recommandations, faites à une institution et non à une personne, sont une suggestion à l'institution, de réflexion à propos de manquements qui pourraient se répéter. Enfin, il appartient au médiateur de donner, à qui en fait la demande, de l'information au sujet des droits du patients et du possible recours à la fonction de médiation (missions de prévention, d'information et de recommandations).
- en vertu de l'article 17 de la loi, les hôpitaux se voient dans l'obligation :

⁹ La Commission fédérale estime que tout tiers intéressé peut déposer une plainte. Si le médiateur reçoit une plainte provenant d'un tiers, il est tenu, avant d'entreprendre la médiation, de contacter le patient, soit oralement, soit par écrit, et de s'assurer que le patient en question marque son consentement (oralement ou par écrit) sur le dépôt de la plainte et le lancement de la procédure de médiation.

Avis “Elargissement du droit de porter plainte”, approuvé lors de la réunion plénière du 23 juin 2006.

- de veiller à ce que toutes les plaintes liées au respect des droits du patient puissent être déposées auprès de la fonction de médiation
- de veiller à l'application des droits du patient.

Deuxième particularité : la relation soignant/soigné

Une autre particularité de cette fonction réside dans la nature que revêt la relation nouée entre soignant et patient. Cette relation est structurellement « asymétrique », dans la mesure où l'un des partenaires détient la « compétence et le savoir », tandis que le patient occupe une position de vulnérabilité (faiblesse psychologique ou physique). Dans ce contexte, le souci d'équilibre entre les partenaires peut s'avérer difficile à garantir. C'est précisément dans l'interaction menée par le médiateur, qui veillera à offrir la même qualité d'écoute aux paroles de chacun des partenaires, que pourra s'opérer l'occasion d'un rééquilibrage indispensable au processus de médiation entre les personnes concernées, et que pourra être reconnue l'expertise propre au patient. C'est à ce titre que l'on parle « d'égalité dans la relation » des personnes en présence dans le processus de médiation, chacun ayant le droit d'être entendu et compris dans le point de vue qu'il entend exprimer.

Troisième particularité : le cadre institutionnel

L'exercice de fonction de médiation s'inscrit dans un **cadre institutionnel** qui, par ses propres règles de fonctionnement, est susceptible d'interagir avec la déontologie et/ou la méthodologie du médiateur.

En institution, le médiateur est régulièrement interpellé à propos de matières autres que le soin stricto sensu, par exemple : hôtellerie, restauration, facturation, ... Un élargissement du champ d'application de la loi serait souhaitable.¹⁰

3. La médiation en santé mentale et en unités pédopsychiatriques

Tout en répondant aux critères qui définissent la médiation dans les soins de santé, la médiation en santé mentale présente quelques éléments plus spécifiques.

¹⁰ Cfr. avis de la CFDP du 17 mars 2006.

Se pratiquant dans le contexte d'une relation de soin spécifique, celui de la psychiatrie, elle veillera particulièrement à :

- considérer équitablement les deux parties en présence comme des personnes (sujets de droits, de parole, de compétences et d'expériences)
- éviter toute forme de stigmatisation de l'une ou l'autre partie, stigmatisation qui peut s'avérer plus importante dans le cadre des soins en santé mentale.
- mettre l'accent sur la visibilité, la proximité et l'accessibilité de la fonction.
- prendre en considération le fait que, en psychiatrie, l'autonomie des patients peut être très relative, tant physiquement que psychiquement.
- prendre en compte les durées d'hospitalisation souvent longues qui peuvent influencer la relation patient/soignant (intimité et interdépendance plus grandes)
- veiller à informer le patient des possibilités prévues par la loi de l'assister (personne de confiance) ou le représenter dans l'exercice de ses droits (représentant légal)
- donner de l'attention à la relation de confiance entre les partenaires du soin. Plus particulièrement, dans le contexte de la loi relative à la protection des malades mentaux, la contrainte peut perturber les conditions d'alliance thérapeutique.

Dans le cadre de la santé mentale, la prise en charge du patient psychiatrique s'organise avec une grande variété de professionnels qui ne sont pas encore repris dans le champ d'application de la loi relative aux droits du patient. Il s'agit notamment des professions d'éducateur, de psychologue¹¹, d'assistant social,... Dans la pratique, les médiateurs sont amenés à être interpellés à propos de tous ces professionnels qui interviennent. Un élargissement du champ d'application de la loi serait souhaitable.

¹¹ Depuis 2013, a été promulguée une loi qui intègre les psychologues dans les professionnels de la santé (modification de l'A.R. de 1967).

4. Définitions données par le lexique du Code de la médiation 2009¹²

1°) L'**impartialité** est l'absence de parti pris. La notion d'impartialité est généralement associée à la neutralité, l'équité, l'objectivité, la notion de justice. En médiation, l'impartialité implique une attitude de distanciation par rapport aux valeurs, aux croyances, aux idées reçues, aux préjugés, aux références économiques, sociologiques, culturelles, politiques et cultuelles... Le médiateur doit être attentif aux sentiments qu'il peut éprouver à l'égard d'une partie, par les phénomènes naturels de sympathie ou d'antipathie. Ainsi, dans le domaine de la médiation, l'impartialité concerne la relation du médiateur avec les parties.

2°) La **neutralité** désigne généralement un positionnement d'abstention bienveillant ou l'absence d'implication. En médiation, la neutralité caractérise le positionnement du médiateur par rapport à la solution adoptée par les parties. La neutralité se différencie de l'impartialité en ce que celle-ci concerne la relation aux parties, tandis que la neutralité concerne la nature et le type de décision qui vient mettre un terme au différend qui opposait les protagonistes.

3°) La **confidentialité** est un devoir déontologique du médiateur à l'égard des parties. Il est tenu de ne pas révéler les tenants et aboutissants de l'objet de la médiation, ni les propos et documents qu'il est amené à entendre et consulter lors des entretiens et des réunions. Les parties elles-mêmes s'engagent à cette confidentialité. Elles seules peuvent, d'un commun accord, révéler tout ou partie de la médiation.

4°) L'**indépendance** du médiateur est relative aux différentes formes d'autorité, qu'il s'agisse d'une autorité hiérarchique, culturelle, morale, cultuelle...

Pour un professionnel, l'indépendance consiste à ce qu'il ne soit pas subordonné. Plus que d'un statut, il s'agit d'une posture professionnelle par rapport à toute autorité qui lui confierait une mission. Un médiateur est indépendant relativement à toute autorité. Il n'est pas un exécuteur d'ordre. Sa mission ne l'astreint pas à devoir rendre des comptes sur le déroulé de sa mission. Il doit pouvoir garantir son indépendance tutélaire et culturelle. Par conséquent, il ne peut demander à un État d'affubler son activité professionnelle d'un titre ou d'un diplôme ou d'encadrer la profession de médiateur.

5°) La **procédure** est un ensemble de règles d'organisation d'ordre administratif, une série de formalités qui doivent être respectées et être accomplies dans un ordre prédéfini.

6°) Un **processus** est un déroulement actif, organisé dans le temps, qui prend en compte le caractère aléatoire d'un développement. Il s'agit d'une série d'étapes identifiables qui ne suivent pas un ordre formel. La médiation nécessite l'intégration du « principe d'incertitude » du processus qui laisse une marge floue favorable à la créativité – l'inventivité, combinant à la fois l'affectivité, la fantaisie et la raison des parties.

¹² Le code de la médiation, Agnès Tavel et Jean-Louis Lascoux, Médiateurs Editeurs, ISBN 2917459018

III. LE ROLE ET LA PLACE DU MEDIATEUR DANS LES INTERACTIONS ENTRE LES DIFFERENTS ACTEURS EN PEDOPSYCHIATRIE :

ANALYSE EN GROUPE¹³

1. La méthode d'analyse en groupe (MAG)

Historique

La complexité de la pratique de médiation instituée dans le cadre de la loi du 22 août 2002 relative « aux droits du patient », dans le cadre spécifique de la pédopsychiatrie a amené les médiatrices des Plates-formes de concertation en santé mentale de Namur, du Brabant Wallon, de Bruxelles, de Liège, du Luxembourg, des Régions Picarde et Centre-Charleroi à se rencontrer dès 2009 pour réfléchir ensemble et dégager plusieurs questions.

Les questions, recensées dans un premier temps, ont été le fruit d'échanges ponctuels entre médiatrices et professionnels des unités de soins pédopsychiatriques qu'ils soient éducateurs, psychologues, responsables d'unité ou psychiatres...

Le souci des médiatrices a été dès lors, d'affiner cette réflexion en proposant la mise en place d'un groupe de travail qui s'ajoinrait d'une part, les professionnels du terrain et d'autre part, des personnes ressources en éthique, en droit, en méthodologie, en soin et les médiateurs.

L'étape suivante a été de solliciter le soutien de leur Plate-forme respective. Deux coordinateurs ont accompagné le processus de constitution de ce groupe de travail pluridisciplinaire. Dès lors, a pu s'amorcer un partenariat de réflexion relatif aux

¹³ Animation, rédaction et participations :

- Réseau MAG : François de Coninck et Emmanuelle Petit.
- Services de médiation en santé mentale : Edwige Barthélemy, Marion Commerce, Delphine Dortu, Marie-Françoise Meurisse, Nada Pennewaert, Isabella Piro.
- Plates-formes de concertation en santé mentale du Brabant wallon et de Bruxelles Capitale : Marie-Madeleine Hendrickx, Youri Cael.
- Personnel soignant : Claire Vandaele, pédopsychiatre ; Bernard Demoulin, responsable d'unité ; Jean-Luc Bernard, infirmier; Pascaline Etienne, éducatrice.
- Observateurs : Marie-Noëlle Derèse, Doctorante en Droit, auteure d'une thèse sur la médiation ; Nadia Bodart, stagiaire en communication; Marianne Delord, coordinatrice trajet de soin pour adolescents dans la zone de la Cour d'Appel de Bruxelles.

questions que pose la pratique de la fonction de médiation spécifiquement au sein des structures hospitalières pédopsychiatriques.

Afin de garantir le processus de travail et d'éviter l'enlisement dans des réunions sans résultat, les médiatrices ont été soucieuses de s'entourer d'une méthodologie pertinente et ont interpellé à ce titre différents partenaires potentiels soit : les Facultés Saint Louis, l'APES de l'ULG et l'ULB. En effet, un cadre fiable et tiers permettrait de mener à bien cette recherche-action. Elles attendaient du processus de travail qu'il ne se cantonne pas dans une logique de question-réponse. L'objectif souhaité était de permettre à chacun des professionnels d'énoncer la particularité de ses questions et réflexions, son intérêt, ses difficultés, à partir de la place particulière qu'il occupe dans l'interaction avec le médiateur dont les missions sont organisées par la loi relative aux droits du patient.

Dans un deuxième temps, les échanges seraient nourris par l'apport particulier de personnes ressources. La co-construction des pratiques et des savoirs élaborée lors du processus d'analyse pluridisciplinaire allait pouvoir rebondir / se compléter à partir de cet apport particulier.

Le groupe pluridisciplinaire a pu être finalisé dans le courant du mois de septembre 2011 et a obtenu un soutien financier tant des Plates-formes que de la Fondation Roi Baudouin. La méthode retenue a été celle proposée par Mr. A. Franssen et son équipe de recherche. Leur méthode appelée « MAG » (méthode d'analyse de groupe) répondait a priori aux objectifs énoncés par l'ensemble des partenaires.

Pour garantir la dynamique des échanges, la méthode de travail proposée limite le nombre des participants à quinze personnes. Le partenariat de travail (toutes Plates-formes confondues) a pu s'adjoindre au sein des unités pédopsychiatriques : une éducatrice, un chef éducateur, un cadre infirmier et un responsable d'unité ainsi qu'un psychiatre. Un responsable de circuit de soins ainsi qu'une doctorante dans le domaine des droits du patient ont rejoint également la constitution du groupe de recherche-action.

Par ailleurs, le processus de travail souhaité sur le mode de « questionnons-nous ensemble » requiert la présence de « personnes » dégagées de toute appartenance dans les enjeux de la réflexion. La fonction de médiation, par essence, installe un tiers dans la relation de soin. C'est aussi la raison pour laquelle le groupe a choisi la méthode MAG, dont le processus était garanti par l'intervention de son animateur-rechercher au fil des séances.

Enfin, la fonction de tiers aura été éprouvée à une deuxième reprise. En effet, afin d'éviter le déploiement d'une pensée articulée dans la dualité (médiatrices/professionnels du secteur hospitalier en pédopsychiatrie), ces personnes identifiées comme « ressources » pourraient ouvrir des champs de pensée nouveaux, proposer le cas échéant des nouvelles modalités d'interaction dans le travail et assurer une mise en perspective des points de vue.

C'est ainsi que certains juristes, éthiciens, cliniciens seront invités dans un second temps pour ponctuer, à bonne distance, le fruit de la réflexion menée avec le chercheur des Facultés Saint-Louis.

Cette étape franchie permettrait alors de rencontrer dans un dernier tour de table des associations de représentants des patients, des familles, des médiateurs. Leur apport permettrait de compléter de manière critique la démarche accomplie.

L'aboutissement de cette démarche est la rédaction d'un écrit. Celui-ci pourrait être, ensuite, le point de départ conceptuel d'une réflexion continue sur l'articulation entre les médiateurs, patients, représentants, familles, soignants.

L'ensemble des étapes de la démarche fera l'objet d'un colloque, tel que nous y a invités la Fondation Roi Baudouin.

L'animation et la prise de notes des réunions MAG ont été gérées conjointement par François de Coninck et Emmanuelle Petit, tous deux employés par le CES-FUSL dans le cadre de ce projet. Les réunions ultérieures de l'Intergroupe « Médiation en pédopsychiatrie » ont été coordonnées par les Plates-formes de Concertation pour la santé mentale du Brabant wallon et de Bruxelles-Capitale.

1.1. Présentation de la méthode

En réunissant des acteurs professionnels directement impliqués dans la gestion d'une « scène » d'intervention spécifique, il s'agit de faire émerger et de problématiser les enjeux (évolutions, tensions, convergences et divergences) des relations entre les différents champs en présence et les différentes cultures professionnelles en interaction.

Il ne s'agit pas d'une approche *par le haut* qui consisterait à partir d'hypothèses générales et à examiner ensuite dans quelle mesure elles se vérifient dans l'expérience des acteurs sur le terrain. Il s'agit d'une approche *par le bas* qui vise à rendre compte des expériences de terrain dans leur diversité, leur complexité et leur dynamique.

Concrètement, chaque participant propose le récit détaillé d'une expérience professionnelle vécue qui lui apparaît révélatrice des enjeux et des transformations de son (inter)champ d'activité. Chacune des expériences vécues proposées à l'analyse collective constitue ainsi une « situation problème » concrète qui ancre les propos des participants dans les pratiques vécues sur le terrain. L'implication des acteurs dans l'analyse et l'interaction entre eux et les chercheurs est constante, du début jusqu'au terme du travail. Du début à la fin, le travail s'alimente des analyses et réflexions des acteurs et s'expose à leurs réactions. Si chacun peut faire valoir, à partir de sa position propre, un point de vue spécifique, c'est *l'espace des points de*

vue qu'il s'agit de reconstituer pour appréhender la scène considérée dans sa globalité et dans ses dynamiques. Dans la MAG, les points de vue ne sont pas juxtaposés mais bien confrontés directement les uns aux autres. Ils ne sont pas formulés dans l'abstrait mais bien comme interprétations, tantôt convergentes et tantôt divergentes, énoncées dans le cadre d'un travail en groupe, d'expériences concrètes dont certains participants font eux-mêmes le récit. Chacun peut corriger ou approfondir son analyse grâce à ces interactions dans le groupe, soulever des aspects ignorés, sous-estimés voire refoulés par d'autres.

Les convergences et divergences dans la vision des problèmes sont mises en évidence. Les *tensions* qui traversent l'expérience des acteurs peuvent apparaître à trois niveaux :

- entre les différentes logiques professionnelles et institutionnelles mises en œuvre dans les pratiques des acteurs qui les incarnent,
- entre acteurs d'un même champ professionnel, mais aussi dans le chef de chaque acteur qui peut être lui-même divisé, en son for intérieur, entre plusieurs registres normatifs et plusieurs logiques d'action.

(dont exemple dès la page 22)

1.2. Les étapes de l'analyse en groupe

1) Les propositions de récits

Chaque participant propose un récit qui doit répondre aux conditions suivantes : consister en une « histoire vraie » qui peut faire l'objet d'une narration, effectivement vécue par le participant, être en rapport avec la problématique de la recherche et être *a priori* révélateur de certains de ses enjeux. Les grandes lignes du récit sont exposées en quelques minutes. L'ensemble des récits constitue un matériau révélateur de certaines dimensions de l'expérience professionnelle des participants.

2) Le choix des récits analysés

Les différentes propositions sont discutées en groupe, chaque participant mettant en évidence ce qui lui semble intéressant dans les propositions des autres. Deux récits sont finalement sélectionnés par le groupe pour être étudiés en profondeur. Le choix des récits par le groupe est argumenté, et le cas échéant arbitré par une procédure de vote, en fonction de l'intérêt présupposé des récits retenus pour les objectifs du travail et de leur pertinence au regard de l'expérience concrète des différents participants.

3) La narration

La personne ayant proposé le premier récit retenu en fait une narration détaillée devant le groupe.

4) Les enjeux du récit vu par le narrateur/trice

En quelques mots, le narrateur ou la narratrice précise les enjeux dont le récit est significatif, à ses yeux, en rapport avec les objectifs du travail.

5) Les questions d'information

Les membres demandent au narrateur/trice les informations complémentaires dont ils estiment avoir besoin pour analyser correctement la situation. Ces questions permettent aux autres participants de s'approprier davantage la situation et peuvent susciter chez le narrateur/trice une certaine prise de distance par rapport à la lecture qu'il/elle fait de sa propre expérience.

6) Le premier tour de table

Les uns à la suite des autres, les participants interprètent la situation relatée dans le récit à partir des éléments dont ils disposent. Il leur est demandé de s'abstenir de jugements de valeur et de s'en tenir à ce qui les a frappés, à la manière dont ils expliquent ce qui s'est passé dans son ensemble ou dans un des épisodes du récit. Chacun s'en tient à deux ou trois éléments d'analyse. Les intervenants ne sont pas interrompus durant le tour de table.

7) Les réactions du narrateur/trice

A la fin du tour de table, le narrateur/trice réagit aux interprétations qui l'ont interpellé(e). Il/elle précise un point, apporte une information complémentaire, réfute, confirme ou prolonge une interprétation, s'essaie lui/elle-même à une nouvelle tentative d'explication ou de compréhension de la situation.

8) Le second tour de table

Dans ce second tour de table, les participants sont invités à analyser à nouveau la situation en réagissant éventuellement aux interprétations précédentes des autres membres du groupe, y compris du narrateur/trice. Les règles valables pour le premier tour de table restent d'application.

9) Les réactions du narrateur/trice

Comme après le premier tour de table, le narrateur/trice a le dernier mot.

10) L'organisation des convergences et des divergences interprétatives

Au total des deux tours de table et des réactions du narrateur/trice, ce sont plusieurs interprétations qui ont été formulées. Les chercheurs les organisent dans un vaste tableau qui fait ressortir les convergences et les divergences entre elles.

Il existe à cette fin plusieurs manières de faire. La plus courante consiste à regrouper les interprétations par objet et à mettre en évidence les convergences et divergences au sein de chacune des catégories d'interprétations. Le travail des chercheurs ne consiste pas à proposer ici leur propre interprétation mais seulement à montrer de manière structurée l'ensemble du travail du groupe, avec ses lignes de force, les différents registres d'interprétation, ses multiples nuances et ses désaccords. Il repose sur une prise de note systématique des interventions au cours des étapes précédentes.

Il est ensuite présenté au groupe sous la forme de grands tableaux affichés au fur et à mesure sur les murs de la pièce. Aux différentes étapes de cette présentation, les membres du groupe sont invités à vérifier si ce qui est avancé est clair et correspond bien à ce qu'ils ont effectivement dit. Les participants ne peuvent pas poursuivre l'analyse en ajoutant de nouvelles interprétations ; le groupe doit travailler ici à partir des interventions formulées dans les étapes précédentes qu'il s'agit de structurer. S'il est préparé par les chercheurs, le travail d'organisation des convergences et des divergences est alors achevé, nuancé, complété, corrigé par l'ensemble du groupe. L'objectif de cette étape n'est pas de mettre les participants d'accord sur une interprétation unique ou une analyse commune de l'expérience relatée dans le récit, mais bien de se mettre tous d'accord sur une formulation des accords et surtout des désaccords.

11) Les problématiques

Avec la vue d'ensemble dont chacun dispose et qui est placée directement sous les yeux des participants, ceux-ci sont invités à proposer les problématiques qui leur semblent les plus importantes et les plus intéressantes. Une problématique est un problème élaboré et argumenté à partir du travail antérieur. Ces problématiques sont discutées au fur et à mesure de manière plus libre qu'au cours des étapes précédentes. Elles représentent pour le groupe et pour l'équipe de recherche autant de pistes pour une compréhension fine de l'expérience des professionnels, de leurs interactions et des modifications qui les

affectent. En tant que participants au groupe avec les acteurs, les chercheurs peuvent aussi proposer à la discussion l'une ou l'autre problématique. Ces problématiques représentent souvent un progrès important dans la qualité de l'analyse de la situation.

Les problématiques formulées au terme de l'analyse du premier récit pourront être reprises par le groupe et approfondies au cours de l'analyse du second récit. Un processus cumulatif interne au groupe se met ainsi en œuvre. En effet, le même circuit va être refait une seconde fois par chacun des groupes à propos du second récit sélectionné.

12) L'évaluation

Chaque analyse se conclut par une évaluation au cours de laquelle les participants ont la possibilité de faire part de leurs remarques à propos du dispositif méthodologique mis en œuvre et du travail effectué.

2. Présentation et choix des récits

Dans le groupe, on relève différents profils : des médiateurs, des soignants (infirmiers, médecins, psychologues), des intervenants sociaux et des personnes ressources (coordinateurs de Plate-forme, chercheur et étudiant-mémorant). Ces dernières personnes n'ont pas amenés de récits.

Parmi les sept récits proposés, cinq ont été apportés par des médiateurs.

Exposé des récits

Le *récit 1* abordait la difficulté de traiter avec des acteurs qui formulent une plainte groupée et qui souhaitent rester dans l'anonymat.

Le *récit 2* consistait en une absence de récit, puisqu'il s'agissait d'une situation où l'implémentation de la fonction de médiation au sein d'un service de pédopsychiatrie était bloquée.

Le *récit 3* relatait une situation caractérisée par des configurations familiales typiques chez des jeunes hospitalisés dans un contexte mêlant la psychiatrie au pouvoir judiciaire. Il posait en outre la question du non recours au service de médiation par un jeune qui avait pourtant à exprimer des plaintes multiples.

Le *récit 4* était celui d'une adolescente qui se voyait refuser la consultation des notes manuscrites de son dossier médical alors qu'elle pensait pouvoir y trouver des réponses concernant son traitement et ses soupçons à propos de faits éventuels d'attouchements.

Le *récit 5* posait la question d'un règlement difficile à comprendre tant pour les jeunes que pour l'équipe à propos des sorties (code de couleurs). Ce règlement susceptible de donner lieu à des interprétations diverses mettait en jeu les relations entre enfant, infirmière, infirmier-chef et médiatrice.

Dans le *récit 6*, on abordait différents paramètres : la prévention d'un conflit interne à une institution ; la question d'inviter des personnes-ressources en médiation, c'est-à-dire pas seulement les plaignants ; la question du conflit avec la direction en raison d'un courrier confidentiel qui n'a pas été transmis ; le fait de faire appel aux parents : est-ce qu'ils sont partie prenante de la médiation ?

Dans le *récit 7*, où il était question d'un enfant ayant exprimé le désir de rencontrer la médiatrice, l'enjeu principal portait d'abord sur l'opportunité de proposer une rencontre de médiation à un enfant dont on disait qu'il ne parlerait pas, et ensuite sur le type de relais à envisager avec l'équipe.

Choix des récits retenus pour l'analyse

Après la présentation des différents récits, la consigne consistait à demander à chaque participant d'en choisir deux et de s'en faire l'avocat.

Sur base des suffrages exprimés, les deux récits retenus ont été d'abord le *récit 7* ensuite le *récit 4*. Ces deux récits ont été amenés par des médiateurs.

3. Analyse du premier récit : « Raphaël veut voir son papa »

3.1. Présentation du récit par la narratrice

« Je me rends une fois par mois dans une unité de soin pédopsychiatrique. Il a été convenu avec l'équipe que mon passage soit annoncé à la réunion « Groupe enfants » qui précède mon passage et que les enfants qui souhaitent me rencontrer puissent en faire part aux professionnels lors de cette réunion. Ils soutiennent parfois leur demande par un écrit déposé dans une boîte aux lettres, mais ce n'est pas un passage obligé. C'est ainsi que lors d'un de mes passages dans l'unité, je vois inscrit sur la liste dont je prends connaissance le nom d'un enfant : Raphaël. Cela génère chez moi un sentiment de surprise, dans la mesure où lors de mes passages précédents, je n'ai jamais vu cet enfant parler, il présente - à mes yeux -

une attitude de repli. Je ne puis vous dire si cet enfant a l'usage de la parole. Je fais le choix, comme médiatrice de ne pas poser de questions sur la situation des enfants hospitalisés, cela pour garder une représentation « vierge » des enfants que je suis éventuellement amenée à rencontrer. Je me rends près d'un éducateur et demande où se trouve cet enfant puisque son nom figurait sur ma liste. Cet éducateur me laisse entendre que ça ne sert à rien de le rencontrer parce de toute façon, il ne me parlera pas. J'insiste et lui dis que je me rendrai compte par moi-même s'il me parle ou pas et que mon intention est de toute façon de l'inviter à la rencontre puisqu'il semblait avoir manifesté le souhait de me rencontrer. Je précise enfin, que je ne le forcerai en aucun cas, si je devais constater qu'il ne souhaite pas me suivre. La résistance (que je perçois comme telle) du côté du professionnel persiste. Je me rends alors auprès de l'enfant et l'invite à me rencontrer comme il l'avait demandé à la réunion du groupe enfants. Il dit « *oui* » du regard et du visage, sans pour autant prononcer de mots. Nous nous rendons ensemble dans le local que j'occupe lors de mes permanences dans l'unité. Raphaël entre dans la pièce en sautillant, courant, touchant à tous les objets sans jamais s'assoir ou se fixer à un endroit. Il me regarde ensuite et me dit : « *Je veux voir mon papa* », il sort immédiatement de la pièce dans un mouvement rapide ... se dirige dans les escaliers et j'ai juste le temps de lui dire « *Es-tu d'accord que j'en parle au référent X ?* ». Il me fait « *oui* » de la tête sans parler. Dans cette équipe nous avons – après un échange entre médiateur, responsable d'unité et la psychiatre, six mois après la mise en place de la fonction de médiation au sein de l'unité – décidé de mettre en place « un référent de la médiation », chargé de relayer les sujets abordés par les enfants en médiation, au sein de l'unité. Dans cette unité, il s'agit d'un psychologue. Ce référent relaie, après avoir rencontré la médiatrice et si l'enfant marque son accord, la parole de l'enfant en réunion de professionnels de l'unité de soins. Ces derniers échangent et y réservent la suite qu'ils estiment adéquate. Je rencontre donc le référent, lequel – en entendant les propos de l'enfant – exprime un sentiment de malaise et m'explique que l'équipe est en train de travailler « le deuil » de la relation de cet enfant avec son papa... lequel ne semble pas répondre aux rendez-vous fixés par l'équipe pour rencontrer son enfant. Je précise que peu m'importe ce que l'équipe est en train de travailler sur le plan clinique avec cet enfant (je respecte ce travail), mon souhait comme médiatrice, dès lors que l'enfant est d'accord, consiste en ce que la parole de cet enfant puisse être relayée « comme telle » en réunion d'équipe. A nouveau un certain malaise se fait sentir dans notre échange et je garde le même souhait : que la parole de cet enfant puisse être relayée en réunion. Nous convenons que le psychologue relaie la parole de Raphaël en réunion d'équipe. Le mois suivant, je reviens lors d'une permanence dans l'unité. Raphaël accourt vers moi et me dit spontanément : « *Mon papa est venu et il m'a offert un ballon.* » Je ne reconnaissais plus cet enfant. Je prends le temps d'échanger avec le référent médiation qui me dit en effet que la parole de l'enfant a été relayée en réunion. L'équipe a décidé de contacter le papa en lui disant que son fils émettait le souhait de le voir. Le papa est alors venu rencontrer son fils et lui a offert un cadeau. L'attitude de cet enfant s'est tout à fait « ouverte »... l'interaction des professionnels de l'espace de soins et de la médiatrice a sans doute participé à une étape d'évolution positive chez cet enfant.

3.2. Questions d'informations

- *Comment cette liste est-elle rédigée puis affichée ?*

« Je ne suis pas là au moment où elle se réalise, mais je pense qu'on explique aux enfants que la médiatrice va venir. On leur réexplique le rôle de la médiatrice et ensuite les enfants s'inscrivent ou pas. Parfois l'enfant dépose un mot que je reçois dans la boîte aux lettres de la médiatrice».

- *Quel âge a l'enfant ?*

« Je ne connaissais pas cet enfant comme je le dis dans le récit, mais je suppose qu'il a entre 5 et 6 ans ».

- *Est-ce que le référent et le psy sont les mêmes ?*

« Dans ce cas-là, oui ».

- *Sais-tu ce qui est dit de ta fonction quand on annonce ta venue ?*

« J'imagine qu'on a décrit mon rôle, dit pourquoi je suis là. Cela faisait six mois que j'y allais et on avait convenu avec l'unité qu'une fois par mois était un bon rythme parce que ça permettait le relais dans les réunions d'équipe et puis un retour auprès des enfants. »

- *Est-ce qu'il y a des enfants en court séjour ou est-ce toujours des séjours plus longs ?*

« Je crois que c'est au moins un an, mais parfois plus, mais peut-être que je me trompe. Lui il est au moins resté deux ans. »

- *Quand tu parles de résistance, de malaise, est-ce que tu peux dire comment ça s'exprimait ?*

« Mon impression est d'avoir dû insister pour que la parole soit relayée. J'emploie le mot résistance, mais peut-être que ce n'est pas ça. J'utilise résistance parce que par deux fois j'ai dû dire : « peu m'importe que l'on me dise qu'il ne dira rien, je le constaterai moi-même le cas échéant lors de la rencontre avec l'enfant, s'il est d'accord de me suivre."... Si je n'avais pas fait ça, peut-être la parole n'aurait-elle pas pu s'exprimer ni être relayée ? »

- *Par rapport à la demande de l'enfant : il était clair dans ton esprit et celui d'autres professionnels que le délai serait d'un mois avant que tu ne reviennes ?*

« Mon horaire habituel comporte une visite mensuelle dans cette institution ; il n'était pas question que je revienne pour une nouvelle visite au bout de 15 jours. Par principe, je ne vais pas systématiquement voir le référent. Je n'attends rien sinon que la parole de l'enfant soit transmise. S'il est d'accord, l'enfant peut être présent

au moment où j'effectue ce relais de parole ; je peux aussi l'aider à s'exprimer lui-même. »

- *Le papa a-t-il tenté de te rencontrer ?*

« Non. Une de mes questions c'est de savoir si les parents sont informés de l'existence d'une fonction de médiation et du passage d'une médiatrice dans l'unité. »

3.3. Convergences et divergences interprétatives

Sur base de ce premier récit, divers points de vue ont été formulés à propos des niveaux d'appréhension et d'analyse de la fonction de médiation en pédopsychiatrie.

1) *La médiation est en position extérieure à la relation de soins*

Une première et large convergence dans le groupe pointe l'importance que revêt la position d'extériorité de la fonction de médiation par rapport à la relation de soins :

- La médiatrice « voit changer les choses car elle dispose d'une certaine distance » : on a parlé d'un « tiers qui bouscule un peu les choses » – quand bien même il fut souligné que cette dimension de vision extérieure n'est pas propre à la médiation.
- La médiation « ouvre un entre-deux qui va permettre de (se) poser des questions » : en ce sens, elle facilite la circulation de la parole.

Face à cette position extérieure du médiateur, certains soignants évoquent de la résistance, de la méfiance, ainsi que de la crainte quant à ce qui sera fait de la parole de l'enfant par la médiatrice. En l'occurrence, un professionnel avait exprimé que « l'enfant ne parlerait pas ». Or, la communication ne passe pas exclusivement par le langage verbal ; en effet, l'enfant a pu communiquer son désir de rencontrer la médiatrice puisqu'il s'est effectivement retrouvé sur la liste ad hoc.

- Une question émerge cependant : comment l'existence de la médiation est-elle rendue visible (pour les enfants) ?
- En outre, certains questionnent la réelle position d'extériorité de la médiatrice au sein de l'institution. Ainsi, il n'est pas simple de faire percevoir à des patients que la médiatrice est extérieure à l'institution et qu'elle n'agit pas dans un cadre psychothérapeutique.

2) De par sa position extérieure à la relation de soins la médiation suscite des effets

C'est une seconde convergence : en lui-même, le recours à une personne tierce génère des potentialités de changement. On insiste sur le caractère « actif » des interventions de médiation mais chacun ne décline pas ce caractère actif de la même manière. Tous s'entendent sur l'écoute, la reformulation, la circulation de la parole et l'animation du débat. Néanmoins certains y ajoutent encore la rédaction de notes à destination des soignants. Cette pratique de rapport écrit n'est pas pratiquée par tous les médiateurs.

3) Le service de médiation est un autre lieu qui permet l'expression et la circulation de la parole

Dans le récit analysé, l'intervention extérieure de la médiatrice a permis l'émergence de la parole de l'enfant et sa transmission vers l'équipe soignante. Ce fait suscite **diverses questions** :

- C'est à cet endroit-là, et pas ailleurs, qu'émerge la demande de l'enfant de voir son papa – cette demande a-t-elle déjà été formulée ? L'expression de cette demande, soit pour la première fois soit de façon répétitive, entendue par un tiers médiateur, permet-elle qu'un nouvel échange et qu'un nouveau regard soient posés à ce sujet par l'ensemble des parties ?
- L'enfant s'adresse à la médiatrice alors qu'il aurait pu s'adresser à ses référents : on peut supposer qu'il sache qu'en s'adressant à elle, sa demande sera relayée, les enfants étant, dans cette unité, informés de la façon dont se déroule le processus de médiation.
- Enfin, certains participants ont été plus loin dans l'interprétation de cette adresse singulière de la demande de l'enfant, en évoquant le fait que cette demande de voir son papa allait à l'encontre du processus thérapeutique mis en place par l'équipe soignante, plutôt soucieuse d'écartier le père. En ce sens, on a parlé de la « résistance de l'enfant au travail du deuil du papa » : en s'adressant à la médiatrice, l'enfant exprimerait le fait qu'il a du mal avec ce choix de l'équipe. Un participant formule la question suivante : ne peut-on changer le processus thérapeutique en cours, dès lors que la demande adressée par l'enfant va dans le sens contraire de celui-ci ? Un autre répond qu'il faut faire attention à nuancer les choses : le fait de remettre le père dans le circuit n'empêche pas forcément le travail du deuil mis en place par l'équipe, sur le plan thérapeutique.
- En raison de ce recours à l'utilisation de la parole, certains soignants expriment la crainte que la médiation empiète sur leur travail thérapeutique. Ils peuvent même

ne pas se sentir respectés dans leur travail. On note une convergence des médiatrices qui, tout en étant conscientes des effets possibles du processus de médiation sur le travail thérapeutique, insistent sur le fait qu'elles travaillent à un autre niveau. Un des objectifs des médiateurs est de permettre aux équipes soignantes de se réapproprier la parole exprimée et le questionnement qu'elle pourrait susciter.

A ce stade, surgit une **divergence** à propos du fonctionnement du service de médiation.

Pour certains soignants, il importe que ce soit une « procédure bien établie¹⁴ ». En effet, pour eux, c'est cela qui a contribué à la réussite de l'intervention de la médiatrice sur le plan de la circulation de la parole entre l'enfant et les différents intervenants.

Ils pointent donc l'importance de formaliser le processus de médiation et de l'encadrer par un minimum de balises.

Par contre, pour les médiateurs on ne peut parler de procédure : il est important de comprendre que la médiation est un processus qui ne peut être cadenassé dans une méthodologie-type rigidifiée. La médiatrice doit garder la gouvernance de sa méthodologie en toute indépendance, même si, par ailleurs, elle l'adaptera au mieux en fonction du contexte, sans renier ses valeurs (indépendance, multi-partialité, neutralité, confidentialité,...). Toutes les médiatrices entendent faire valoir que la médiation repose sur des principes de base fondamentaux communs à tous les médiateurs, applicables à toutes les situations sous peine de ne plus être de la médiation.

4) Quel lien possible entre la médiation et l'équipe soignante ?

In fine, la question qui émerge du côté des soignants est la suivante : quel impact a le relais de la parole de l'enfant via la médiatrice sur le travail thérapeutique mené par l'équipe ? Comment entendre la demande de l'enfant et quelle suite y réservier tout en recherchant (pour l'équipe) sa cohérence thérapeutique ? En d'autres termes : quelle suite réservier à la parole de l'enfant entendue d'un autre lieu ?

En ce qui concerne les médiateurs : jusqu'où aller, en tant que médiatrice, et quels liens sont possibles avec l'équipe soignante ? Comment répondre à l'interpellation de l'enfant, puisque la médiatrice ne vise pas à obtenir la réponse que veut l'enfant mais à faire entendre sa demande aux soignants, à faire en sorte qu'un

¹⁴ Renvoi vers récit p.19

questionnement soit amorcé à partir de sa demande et de la réponse qui pourrait y être apportée ?

Plusieurs éléments émergent en termes de **balises** :

- Le respect des fonctions et des prérogatives de chacun est un élément-clé du processus. Par contre une divergence apparaît car certains considèrent qu'il revient à l'équipe soignante d'organiser l'articulation de l'espace de soin avec celui de la médiation. Le rôle de la médiatrice est de relayer à un référent désigné la parole exprimée dans le lieu de médiation (cela peut être une demande, une impression, une question, une difficulté...).

D'autres au contraire, entendent que la médiation définit elle-même son propre espace dans le respect de son indépendance.

- Une forte convergence dans le groupe a trait à l'idée que le processus thérapeutique mis en place par l'équipe soignante ne regarde pas la médiatrice : ni avant (connaissance de l'histoire familiale) son intervention, ni après (ce qui concerne l'issue). De leur côté, les médiatrices rappellent que la confidentialité vaut tout autant pour le processus de médiation en tant que tel.
- Une divergence s'exprime entre les médiatrices à propos du recueil d'informations. Certaines estiment que la quête d'informations de type clinique et propre à l'anamnèse n'est pas pertinente pour le processus de médiation. D'autres pensent le contraire, en y apportant toutefois des nuances : chaque professionnel du soin met sa limite dans le partage d'informations avec la médiatrice et chaque médiatrice met sa propre limite également dans l'information qu'elle accepte de recevoir du professionnel du soin¹⁵.
- La médiatrice doit se garder d'entrer dans une lecture clinique de la demande : elle reçoit une demande, l'écoute au plus près des mots de l'enfant, la transmet à l'équipe et facilite le dialogue entre le patient et le soignant. Dans ce récit, la médiatrice exprime son souhait qu'un retour de sa demande, de sa parole transmise au référent, soit acté auprès de l'enfant. A ce stade, l'importance de pouvoir clôturer un processus de médiation est soulignée par certaines médiatrices ; pour d'autres, au contraire, la médiation étant un processus qui repose sur la liberté de chaque acteur, elle peut être arrêtée à n'importe quel moment et par n'importe lequel des acteurs, sans qu'il y ait une obligation de résultat ou de clôture formalisée.

¹⁵ Art. 458 du code pénal « *Secret professionnel* »

5) La médiation interfère-t-elle avec le processus thérapeutique ?

- C'est une **question importante** qui émerge du débat. Dans la situation présentée, la médiation a eu pour effet de réintroduire les possibilités de rencontre avec le père de l'enfant alors que l'équipe soignante était occupée à effectuer un travail de deuil ; autrement dit, la médiation est venue interférer avec le processus thérapeutique en cours. La situation illustre bien l'existence d'une crainte assez générale dans le chef des soignants, celle que la médiation, en relayant un point de désaccord du patient avec l'équipe, ne vienne perturber le travail clinique.
- Par rapport à cette question, il y a **convergence** dans le groupe sur deux points :
 - La médiation travaille dans un autre registre que le registre thérapeutique. Les médiatrices commentent que le but de leur activité n'est pas de rendre le travail des soignants plus facile ou plus difficile, mais bien d'œuvrer à améliorer la communication entre soignants et soignés. Ce faisant, en travaillant sur le lien, on ne peut nier que des effets peuvent survenir avec une incidence sur le plan clinique.
 - Les médiateurs et les thérapeutes travaillent avec un outil commun : la parole.
- Par contre, plusieurs **divergences** apparaissent :
 - Entre soignants et médiateurs : certains soignants précisent qu'ayant affaire à des patients qui ont un rapport « particulier » au langage, il est important d'en tenir compte, notamment en « balisant » cet espace de parole qu'est la médiation. Cela est d'autant plus nécessaire, qu'il n'est pas toujours simple pour les patients de percevoir que l'espace de médiation n'est pas un espace psychothérapeutique. Or, le maniement de la parole sur le plan clinique a des spécificités qui ne sont pas celles d'une fonction communicationnelle. Il convient donc d'agir avec prudence lorsqu'on donne des explications à propos de la médiation ou des droits du patient. Pour les médiatrices au contraire, il n'est pas question d'agir de manière différenciée selon le profil « pathologique » des patients, puisque leur travail ne s'effectue pas dans un registre clinique. Certaines relèvent une forme d'injonction paradoxale dans le fait d'avoir la parole comme principal outil à disposition, et, dans le même temps, d'être invitées à apporter une « plus-value » au processus de soin en y intervenant sans susciter d'interférence.

- Entre médiatrices : pour certaines médiatrices, la médiation à propos d'un problème ne nécessite pas la recherche d'informations détaillées : les données amenées par les acteurs suffisent pour le processus. Pour d'autres au contraire, il est important de disposer d'informations qui leur permettent de contextualiser la situation vécue par les acteurs concernés.
- Globalement au sein du groupe, on se questionne et on se positionne en sens divers sur la pertinence de qualifier la médiation en terme d'« outil » et de déterminer qui aurait la maîtrise de cet outil (cf. infra).

6) *Faut-il impliquer le représentant du patient mineur dans le processus de médiation ?*

Outre le fait que, dans le récit exposé, la demande de reprise de contact avec le père est venue interférer avec le processus thérapeutique en cours, elle pose aussi le problème de la place des parents en tant que représentants légaux de l'enfant. Ce problème se décline sous forme de plusieurs questions : faut-il systématiquement informer les parents de l'existence d'un service de médiation ? Si oui, qui s'en charge concrètement ? Faut-il avertir les représentants que l'enfant a pris contact avec le service de médiation ? N'y a-t-il pas un risque que des parents d'enfants hospitalisés se saisissent de la médiation soit pour jeter le discrédit sur le travail clinique soit pour entrer dans un « bras-de-fer » avec l'équipe soignante ?

Le débat pointe des positions divergentes :

- Sur ce point, les représentants d'équipes de soins tiennent à souligner leurs difficultés : l'introduction des parents – par le biais de la médiation – influence les projets thérapeutiques avec le risque d'ébranler les processus mis en place et de mettre à mal le dispositif de soin.
- En contrepoint, il est rappelé qu'il existe un cadre légal pour la médiation avec les mineurs : une disposition de la loi du 22 août 2002 permet que le représentant légal ait accès à la médiation puisqu'il exerce les droits fixés par la loi (dont celui d'accéder et d'utiliser la fonction de médiation).

7) *In fine... c'est quoi, la médiation ?*

Suite aux divers tours de table et aux difficultés relevées par le groupe, se resserrent des interrogations quant à la nature même du processus de médiation. Quels sont finalement ses missions et ses objectifs ? Les réponses apportées font aussi l'objet de convergences et de divergences.

Convergences :

Pour l'ensemble des participants, il y a convergence sur un des objectifs essentiels de la médiation, à savoir « remettre les gens en communication », après avoir permis l'émergence et l'expression du conflit ; cet objectif apparaît formulé sous des expressions diverses, comme : « créer ou recréer du lien », « poser des ponts », « favoriser le dialogue ou la circulation de la parole »,... On insiste ainsi sur la dimension préventive de la fonction qui, aux yeux de plusieurs participants, prédomine sur l'aspect de « gestion des plaintes » car ce dernier explique qu'une certaine méfiance se manifeste au sein des équipes soignantes. On s'accorde donc pour dire que le cœur de la médiation, c'est le dialogue, la nécessité de refaire circuler la parole.

On rappelle toutefois qu'au niveau des effets, toute médiation porte en elle de l'indétermination : en travaillant au niveau de la communication, on ne sait jamais à quoi le processus peut aboutir, car personne n'en a la maîtrise.

Un autre objectif évoqué est le rôle de la médiation dans le questionnement des représentations : à l'occasion de telle ou telle situation, les protagonistes mis en relation par l'intermédiaire du médiateur sont amenés à réfléchir et éventuellement à revoir leurs représentations propres.

On juge également bon d'exprimer que la médiation n'est pas un dispositif « purement symbolique » : les médiateurs/trices sont des personnes de chair, avec leur propre subjectivité, leur formation, leur expérience, leur cadre de références et leurs principes de base. Il importe donc de distinguer la fonction de médiation et la personnalité de chaque médiateur qui active la fonction de manière propre.

Divergences :

- S'agissant de la nature même de la médiation, les échanges ont exprimé des avis différents au sein du groupe. Pour certains la médiation est « un outil », pour d'autres on ne peut la définir en ces termes, sous peine de la soumettre à des désirs d'emprise ou de maîtrise. Il faut en revanche l'envisager en tant que processus autonome.
- Pour certains, la médiation est « un outil à co-construire » par les divers acteurs concernés, alors que pour d'autres (certaines médiatrices), il revient aux médiateurs eux-mêmes de définir leur fonction sur base de principes fondamentaux qui sont intangibles.
- Des divergences apparaissent encore quant à l'articulation de la médiation avec le droit : certains, rappelant le cadre légal de la fonction, estiment que le processus comporte une dimension juridique à ne pas négliger au profit des représentations subjectives, tandis que d'autres préfèrent accentuer la dimension d'interaction communicationnelle. Certaines médiatrices pensent d'ailleurs que le cadre légal des droits du patient peut complexifier leur position de neutralité.

- L'inscription de la fonction de médiation dans le cadre de la loi relative aux droits du patient peut générer un présupposé : la représentation d'un média allié des patients. Il serait préférable de dénommer cette fonction comme « médiation/médiateur des partenaires de soins ».
- Enfin, une divergence de taille s'est exprimée à quelques moments des débats : pour certains, les médiateurs occupent une place de soutien à la parole du patient qui vient interroger la qualité des soins dans une institution. La plupart des médiatrices présentes nuancent en rappelant que leur position « équidistante » exige une égale position de soutien vis-à-vis des différents acteurs en présence.

4. Analyse du second récit : « Julie toute seule »

1) Présentation du récit par la narratrice

Julie, une adolescente, me contacte suite aux difficultés qu'elle rencontre pour consulter son dossier médical. Elle a été hospitalisée à deux reprises dans deux hôpitaux différents. Maintenant elle ne l'est plus, elle vient juste en consultation. Elle a contacté les psychologues et les psychiatres rencontrés lors des ses différentes hospitalisations et tous refusent de donner une copie de son dossier. Julie souhaite consulter son dossier car elle a un « trou noir » et ne se souvient plus de son transfert du premier hôpital, un hôpital général, vers le second, un hôpital psychiatrique. Cette absence de souvenirs serait due aux médicaments. Elle voudrait savoir quels types d'examens médicaux elle a subi lors de son arrivée dans le second hôpital. Elle ignore pourquoi on lui a fait passer ces examens et souhaite des explications. La deuxième raison pour laquelle elle souhaite voir son dossier, c'est parce qu'elle soupçonne avoir été l'objet d'attouchements lors de ce transfert. Je lui confirme, qu'elle peut effectivement, soit consulter son dossier, soit demander une copie de ce dossier. Suite à cela, je décide d'appeler mon collègue, médiateur de l'hôpital général. Celui-ci me confirme qu'elle peut consulter ou demander une copie de son dossier. Par contre, il me déclare aussi que les notes manuscrites des psychologues ou autres médecins ne peuvent pas être consultées par la patiente¹⁶ Julie décide de prendre rendez-vous chez mon collègue.

¹⁶ Ces propos ne sont pas exacts : ce sont les notes « personnelles » qui ne peuvent être consultées. Référence à l'Art. 9 §2 al. 3 de la loi du 22 août 2002 sur les droits du patient.

Son but n'était pas de porter plainte. Elle voulait juste comprendre certaines choses et notamment pourquoi on lui avait fait tel ou tel examen parce qu'on ne lui avait rien expliqué.

2) **Questions d'information**

- *Quel âge a-t-elle ? 17 ans.*
- *Comment la patiente arrive-t-elle chez toi ?* Elle m'a téléphoné, elle pensait que j'étais attachée à un hôpital.
- *Quand tu dis qu'elle connaissait le médiateur de l'autre hôpital général, est ce que tu sais pourquoi elle l'avait consulté ?* Cela, elle ne me l'a pas expliqué.
- *Cela n'était pas important pour toi de savoir pourquoi ?* Peut-être qu'elle avait déjà fait une demande qui n'avait pas abouti ? Je n'en voyais pas l'utilité puisqu'on était dans un autre contexte, un autre cadre, et peut-être que c'était pour tout à fait autre chose.
- *Pensait-elle trouver des réponses dans le dossier à la question de savoir si elle avait été l'objet d'attouchements pendant son transfert ?* Ce n'était pas très clair. Elle aurait voulu savoir si les examens médicaux pouvaient confirmer s'il y avait eu attouchements ou pas. Elle avait des doutes quant à des examens qui auraient pu être inadéquats.

3) **Convergences et divergences interprétatives**

L'accès au dossier médical

- Une première **convergence** interprétative dans le groupe porte sur le constat que le dossier médical fait souvent l'objet d'une mythification chez le patient, qui pense y trouver des réponses aux questions qu'il se pose. Ce dossier médical fait travailler leur imagination et il est d'autant plus mythifié que son accès est difficile – « quand on vous cache quelque chose, vous ne pouvez que fantasmer ». Cet accès est d'ailleurs largement décrit comme un « parcours du combattant ». Sont ici mis en cause, tout d'abord, la résistance, le silence ou la méfiance du monde médical face à la demande d'accès au dossier médical – un refus particulièrement interpellant dans le récit analysé. Est également évoquée la « culture du secret » propre au monde médical : a priori, « on n'explique pas au patient » – cela vaut comme une règle tacite du monde médical. Enfin, « l'exception thérapeutique » est fréquemment soulevée par les soignants pour

refuser aux patients l'accès à leur dossier (en principe, elle doit être de courte durée¹⁷).

- Les participants s'entendent globalement pour dire que ce n'est pas nécessairement dans le dossier médical que les réponses aux questions des patients se trouvent, ce qui ne justifie pas pour autant que le patient n'y ait pas accès puisque c'est un de ses droits. On souligne que c'est bien souvent après avoir eu accès à son dossier et s'être rendu compte qu'il n'y trouverait pas de réponse à ses questions qu'un autre travail est possible avec le patient, en médiation.
- Se référant à la loi, on rappelle que le patient a également un droit à l'information, qui est distinct du droit à consulter le dossier : « *le droit à l'information n'est pas une alternative au droit à la consultation du dossier médical* ». En ce sens, il est souligné que ce droit de consultation ne décharge pas les soignants de l'obligation d'informer les patients et à l'inverse, le fait d'informer le patient n'annule pas le droit de consultation du dossier. Il est fréquent de recevoir une demande d'accès au dossier médical suite à un manque de communication orale du personnel soignant. En l'occurrence, dans la situation présente, il est probable que la demande de la patiente d'avoir accès à son dossier médical, témoigne d'une demande de compréhension des faits (portant notamment sur la question des attouchements) qui n'a pas été entendue.

Le rôle et l'implication de la médiation dans une demande d'accès au dossier d'un patient mineur

Quelle peut être la place de la médiation dans ce type de situation ? Le premier tour de table voit s'exprimer divers points de vue.

a) *Expression de convergences par rapport à l'accès au dossier*

- Il importe de démythifier le dossier médical et la culture du secret. Il apparaît souvent que les demandes d'accès aux dossiers sont consécutives à une inadéquation entre les informations attendues et les réponses données. Dans le même ordre d'idée, on souligne l'importance de mettre des mots oralement sur le

¹⁷ Loi 22 août 2002 Art 7 § 4 : « Dès que la communication des informations ne cause plus le préjudice visé à l'alinéa 1^{er} (« un préjudice grave pour la santé »), le praticien professionnel doit les communiquer »

Art 9 § 3 « Si le dossier du patient comporte une motivation écrite telle que visée par 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. »

pourquoi de l'exception thérapeutique ; cela peut permettre de relancer le dialogue avec le patient.

- On évoque l'importance de la fonction d'information et de relais – aider le patient à adresser sa demande au bon endroit – et corrélativement de l'importance de l'écoute.
- Une difficulté récurrente pour le patient, qui est d'ailleurs bien illustrée dans le récit, est celle que pose la discontinuité de la médiation, résultant de la répartition du champ de compétence entre médiation fédérale, médiation locale interne, médiation locale externe.
- Il appartient aussi à la médiation de travailler ces questions d'accès au dossier patient – et, de façon plus générale, la question de l'information du patient – avec les équipes soignantes. En permettant de questionner les représentations, la fonction de médiation participe à une évolution générale qui voit le passage progressif d'un modèle paternaliste (où on cache l'information au patient) à un autre modèle plus transparent où on renforce l'autonomie du patient en lui donnant les informations utiles en restant disponibles à ses questionnements.

b) Apparition de divergences par rapport aux droits du patient en général

Les participants ont ensuite resserré leurs interprétations autour de la question des droits du patient. Deux registres interprétatifs peuvent ici être mis en tension :

- D'un côté, on met l'accent sur l'importance d'éclairer, de faire valoir et de faire respecter les droits du patient. Faire valoir le registre des droits soulève cependant la question de l'ambivalence éventuelle de la fonction de médiation : pour certains participants, faire valoir les droits du patient revient à se « mettre de leur côté » et donc à « perdre sa neutralité ». D'autres s'inscrivent en faux contre cette interprétation : dire aux patients quels sont leurs droits et les moyens de les exercer ne signifie pas qu'on se met « de leur côté ». Perdre sa neutralité, ce serait aller bien plus loin – en disant au patient que ses droits ont été enfreints et en le renvoyant vers un avocat, par exemple¹⁸. Certains participants soignants ont également souligné que, pour pouvoir rester neutre, la médiation a besoin d'un « point extérieur » – en l'occurrence, ce point extérieur aurait pu être le représentant légal de la jeune fille, puisqu'elle était mineure. Enfin, certains soulignent que rappeler les droits et devoirs de chacun permet d'assurer la neutralité et l'impartialité du médiateur.

¹⁸ Notons que fut évoqué brièvement les cas difficiles (de maltraitance avérée, par exemple) où la médiation doit sortir de sa neutralité et interpeller l'autorité, comme pourrait le faire tout citoyen – au nom de l'assistance à personne en danger, qui est une exception légale au secret professionnel pour tous les acteurs. Les deux récits analysés ne font pas état de ces situations difficiles dans lesquelles se retrouvent, à l'occasion, les médiatrices.

- D'un autre côté, il est préconisé de ne pas se focaliser sur la question des droits, dont celui de l'accès au dossier. La médiation, entendue comme un « espace de co-construction du sens », d'une « parole et d'un lien »,¹⁸ peut aider à satisfaire des besoins de communication qui n'ont pas été rencontrés par le patient dans son parcours. En ce sens, la médiation est un espace pour déplier les questions, un espace d'échange, d'écoute, de soutien de la parole et de la demande du patient/du soignant, où toute question qu'il se pose peut faire l'objet d'une construction légitime. Dans cette optique, certains pensent que les droits du patient constituent plutôt le décor de fond qui vient cadrer, trianguler la relation entre patient, médiatrice et équipe soignante, en rappelant que la loi relative aux droits du patient a une fonction de tiers qui s'impose à tous : médiatrices, patients et soignants. La médiation participe en ce sens à un nouveau modèle de coopération, amené à remplacer le modèle classique en cours d'évolution, comme évoqué plus haut.

Le rôle et l'implication des soignants

Quelle est la position des soignants quant à la question de l'information médicale et de l'accès au dossier ?

- Pour certains, il y a lieu de distinguer le dossier médical stricto sensu du dossier global de l'équipe qui réunit les notes de tous les membres du personnel soignant. Ce dossier de travail comporte des annotations qui font état de la réflexion de l'équipe, d'hypothèses de travail, de fantasmes,... autant de choses auxquelles il est clair que le patient ne doit pas avoir accès. Pour ceux-ci la solution viendra peut-être de l'informatisation du dossier unique en permettant de séparer formellement dans le programme informatique ce qui doit pouvoir être consulté et ce qui ne le peut pas. Sur ce point, les médiatrices rappellent qu'en principe, tout ce qui est partagé par l'équipe soignante fait partie du dossier patient et est accessible au patient, sauf les exceptions expressément prévues par la loi¹⁹.

Certains soignants estiment que concevoir un dossier « consultable » par le patient nécessite un travail supplémentaire à savoir, « revoir sa façon de noter ».

- Certains soignants considèrent aussi qu'il importe de faire un « usage raisonné du dossier patient », à savoir : il faut distinguer ce qui relève du processus thérapeutique et de ses méandres, lesquelles sont difficiles à appréhender pour le patient, des résultats de ce processus dont il faut pouvoir parler au patient. Certains préconisent qu'il y a lieu de nuancer la représentation dominante de cette « culture du secret » où rien ne se dit et tout se cache au patient, mais c'est

¹⁹ Il s'agit des données relatives à des tiers et des notes personnelles du praticien.

en établissant une distinction entre ce qui resterait de l'ordre d'un secret thérapeutique et ce qui relève d'un effort d'ouverture des équipes soignantes.

Les médiatrices sont loin de partager les points de vue énoncés ci-dessus par les soignants participants quant à la question de l'information médicale et de l'accès au dossier.

5. Problématiques et perspectives

Il importe de préciser que les différents points de vue énoncés n'ont pas nécessairement fait l'unanimité dans le groupe. En effet, différentes positions se sont exprimées, partagées ou non par les participants, selon les fonctions respectives (médiatrices ou soignants) qu'ils occupent. Ces positions ont polarisé les débats autour de diverses questions, qui vont, dans cette dernière partie, être synthétisées sous quatre points : la nature de la médiation, ses missions, les principaux points de convergence et de divergence et enfin les problématiques dégagées avec des perspectives d'approfondissement des questions mises au travail dans le cadre de cette analyse en groupe.

1) Une vision floue de la médiation

Il semble que la véritable nature de la fonction de médiation ne soit pas encore claire pour tous.

Il n'est pas simple de qualifier cet espace « intercommunicationnel » – cette place de soutien de la parole des patients autant que de celle des soignants – à partir de laquelle se trouve interrogée, d'une manière ou d'une autre, la qualité des soins dans une institution. Pour certains participants, la médiation représente un nouvel espace de circulation de la parole aux contours encore assez indéfinis. La fonction de médiation porterait en soi une ambivalence – cette ambiguïté des métiers de « l'entre-deux » – qui risquerait de mettre à mal les équipes soignantes et les médiateurs eux-mêmes.

Au cours des échanges, on a souvent décrit la médiation comme un lieu de circulation de la parole. En regard de la tendance actuelle à la multiplication des espaces de paroles, les soignants en pédopsychiatrie expriment la difficulté de pouvoir définir quelles sont la nature et la vocation de ce nouvel espace de parole et constatant qu'il n'est pas sans produire des effets, de le délimiter par rapport au processus thérapeutique. Bref, spécifier le rôle de la fonction de médiation dans le processus global de soins autant que la place singulière du médiateur/trice dans le double rapport qu'il/elle entretient avec le patient et l'équipe soignante n'est pas aisément résolue pour les non-médiateurs : telle est une des principales conclusions que l'on

peut dégager de l'analyse des deux récits. On peut dès lors tenter d'approcher cette définition en s'appuyant sur les missions de la médiation.

2) *Les missions attendues de la médiation*

S'agissant des missions dévolues à la fonction de médiation, les participants en ont évoqué plusieurs.

- La première mission c'est de **remettre les gens en communication**, de poser des ponts entre les protagonistes du processus de soin. En ce sens, la médiation a essentiellement une mission d'ordre **préventif**.

A cet égard, il s'agit d'être attentif au vocabulaire employé pour la présenter : il n'est pas sans incidence sur l'appréhension de la fonction par les soignants comme par les patients. Notamment, il faut insister sur la **mission de relais et de circulation de la parole** plutôt que sur celle de « dépôt de plaintes » – c'est une représentation courante de la fonction qui explique qu'une certaine méfiance à son égard persiste dans le chef des équipes soignantes, qui a elle-même pour conséquence la méconnaissance de la fonction... Le cœur d'une médiation, c'est le dialogue, la nécessité de refaire circuler la parole et de relayer la demande du patient – de façon à réduire les malentendus et ce discrédit que jette sur la médiation le vocabulaire de la plainte, de l'ingérence, de l'interférence, etc.

- La deuxième mission est d'amener les protagonistes à évoluer en suscitant un questionnement à propos de **leurs représentations** propres. Le processus de médiation devrait idéalement permettre, dans un climat de confiance et dans la durée, de cultiver le doute sur les évidences thérapeutiques des soignants et des patients – et, partant, d'**introduire du changement dans le binôme patients-soignants**. La médiation apparaît finalement comme un mode de communication utile pour que les uns et les autres puissent aller plus loin dans l'interprétation des situations.
- La médiation a-t-elle une mission de **soutien du patient** ? Ce point est plus controversé. Les uns insistent sur le fait qu'elle représente effectivement un lieu de soutien qui permet de faire valoir la parole du patient, d'autres ajoutent que cela vaut aussi pour celle du soignant. On signale d'ailleurs que cela comporte le **risque de travestir la parole du patient** (ou celle du soignant !) ainsi portée par un autre.
- La notion de médiation est appréhendée par certaines médiatrices comme une « **fonction citoyenne** », d'une neutralité certaine et visant, par des moyens indirects et informels avant tout, à simplifier les choses pour tout le monde – pas seulement pour les patients, mais aussi pour tous les protagonistes au sein d'une structure de soins car tout le monde est concerné par l'amélioration de la

communication et des relations humaines. A l'inverse, d'autres insistent davantage sur le fait que la médiation ne vise pas à simplifier ou à rendre plus difficile la vie du patient et le travail des soignants : elle vise d'abord et surtout à donner du sens, c'est-à-dire à sortir des évidences par la complexification de l'approche de la situation. Pour le premier groupe de médiatrices, ce point de vue de recherche de sens ou de complexification relève de la mission de recommandation.

- La médiatrice a aussi une **mission d'information au sein de l'équipe soignante** : faire circuler l'information sur les droits du patient concerne le patient et sa famille mais également les soignants.

Remarque : certains soignants expriment le souhait de mettre en place un profil de fonction ainsi qu'une procédure de médiation spécifique à chaque unité de soins. Les médiatrices insistent sur leur devoir de se conformer aux missions qui sont définies par leur cadre légal et dans le respect de leur déontologie.

3) *Les points de convergence et de divergence*

Convergences

Les principaux points de convergence qui ont émergé au cours des échanges sont les suivants :

- Le caractère principal de la position de médiateur est la neutralité.
Il s'agit d'une position d'abstention de jugement par rapport aux faits et aux résultats. Cette neutralité implique une nette différenciation tant par rapport à l'espace clinique qu'à ses objectifs.
- La médiation se fonde sur des principes de base intangibles ; seule la méthodologie est susceptible d'adaptation en fonction des contextes particuliers.
- La fonction de médiation occupe la position d'un tiers extérieur à la relation de soins, elle ouvre un espace « autre », l'ouverture à un entre-deux.
- Cette position extérieure comporte une dimension d'action, c'est-à-dire qu'elle se veut productrice d'effets ; le principal effet recherché étant la restauration ou l'amélioration de la communication entre les partenaires du soin.
- La médiation dans le domaine des soins de santé s'inscrit dans un cadre légal, celui de la loi relative aux Droits du patient du 22 août 2002 et de ses Arrêtés royaux d'exécution ; ce cadre impose aux médiateurs/trices des missions

déterminées, de même qu'il impose aux hôpitaux d'organiser un service de médiation et d'en soutenir son utilisation (17 novies).

- La médiation n'est pas qu'un dispositif purement symbolique, elle s'incarne en la personne du médiateur/trice. L'exercice concret de la fonction nécessite un équilibre entre le cadre et le dispositif d'une part et la façon subjective de les mettre en œuvre d'autre part.
- Le respect des fonctions et des prérogatives de chacun est un élément-clé du processus.
- Les choix thérapeutiques mis en place par l'équipe soignante ne concernent ni ne contraignent les médiateurs/trices qui travaillent dans un registre différent.
- Les médiateurs/trices et les thérapeutes travaillent avec un outil commun : la parole. A l'occasion de telle ou telle situation, les protagonistes mis en relation par l'intermédiaire du médiateur/trice sont amenés à réfléchir et éventuellement à se questionner sur leurs représentations propres.
- Les missions d'information et de relais sont considérées par tous comme importantes.

Divergences entre médiateurs et soignants

Les divergences qui sont apparues entre les médiateurs/trices et les soignants sont résumées dans le tableau qui suit. Il faut noter que les éléments mentionnés représentent des positions extrêmes qui admettent des intermédiaires.

Item	Médiatrices	Soignants
Nature de la médiation	Valeurs fondamentales communes et définies ²⁰ Médiation = processus autonome non maîtrisable Indépendance dans le respect des règles institutionnelles	Méthodologie fluctuante et adaptable en fonction des unités de soins Médiation = outil maîtrisable Intégration au cadre institutionnel ; nécessité de règles et de balises fixées par l'institution

²⁰ Cf p.4 « Principes fondamentaux de la médiation ».

Cadre légal	Interprétations et adaptations possibles du cadre en fonction du contexte clinique (ex : dossier, secret professionnel, recours au représentant)	Cadre légal identique pour tous, pas de différence selon les contextes
--------------------	--	--

Divergences à l'intérieur du groupe des médiatrices

Outre les divergences entre médiatrices et soignants, la méthode d'analyse en groupe a également fait apparaître des divergences à l'intérieur du groupe des médiatrices. **Comme dans le tableau précédent, il faut noter que les éléments mentionnés correspondent à des positions extrêmes, délimitant un gradient au sein duquel évoluent les diverses personnes participantes.**

Les éléments de divergence ont porté sur les points suivants : nature de la médiation, position de la médiation et pratique.

a) La nature de la médiation :

Selon les personnes et/ou selon les situations, la médiation est pensée entre les pôles extrêmes suivants :

- **un outil, instrument** au service de... ↘ **un processus**
(par exemple au service de la loi « droits du patient）
- **un espace bien défini et balisé** ↘ **un espace non délimité et dynamique**
- **un lieu de simplification** ↘ **un lieu de complexification**

b) La position de la médiation :

La médiation occupe une position :

- **de soutien axé sur les patients** ↘ **de soutien équilibré aux patients et aux soignants**
- **articulée avec le champ clinique** ↘ **dissociée du champ clinique**

c) La pratique :

La pratique de médiation requiert :

- | | | |
|---|---|---|
| → Une formalisation et une clôture bien définies | ↔ | une formalisation et une clôture ouvertes |
| → Une pro-activité du médiateur | ↔ | le respect de l'autonomie des acteurs |
| → Une méthodologie créative dans la fidélité à des principes de base | ↔ | une méthodologie créative et adaptée aux contextes |

4) *Quelques problématiques dégagées par la MAG*

La méthode d'analyse en groupe a permis, au sortir des quatre séances, de formuler quelques problématiques liées à l'exercice de la fonction de médiation dans le cadre d'institutions de soins pédopsychiatriques.

On retiendra principalement :

1. Les effets (le changement) induits par la médiation : ces effets ne viennent-ils pas interférer dans le champ clinique ? N'y a-t-il pas une confusion possible entre les **rôles et les fonctions** de médiateur et de thérapeute ? Comment permettre aux soignants et aux médiateurs de mener leurs missions propres sans empiéter sur leurs rôles respectifs ?
2. Comment préserver et garantir l'**indépendance** des médiateurs dans le contexte d'un cadre institutionnel ?
3. Quelle est effectivement la place à accorder au(x) **représentant(s)** du patient mineur ? Comment et jusqu'où les intégrer dans le travail de médiation ? Quelle articulation trouver entre le rôle du représentant dans l'exercice des droits du patient et le respect des capacités d'autonomie du jeune patient ?
4. La **neutralité**, qui est un pilier de la déontologie des médiateurs, se décline-t-elle d'une manière spécifique dans le cadre d'une institution de soins pédopsychiatriques ?
5. En quoi et pourquoi la **médiation suscite-t-elle des besoins de maîtrise** ? Et en quoi la médiation nécessiterait-elle d'être pensée comme un « outil » au service de la loi ? Ce besoin de maîtrise du processus est-il plus présent en pédopsychiatrie que dans d'autres secteurs des soins de santé ?

Plusieurs de ces questions ont déjà pu trouver des pistes de réponses grâce au travail d'approfondissement des fondamentaux de la médiation réalisé par les médiatrices. Plus spécifiquement, la question de la représentation du mineur et de la nécessaire articulation des rôles en pédopsychiatrie ainsi que celle de l'éventuelle formalisation de la fonction de médiation ont fait l'objet d'un approfondissement en sous-groupe. La dimension de prévention associée par le législateur à l'exercice de la fonction de médiation a également été abordée.

IV. QUESTIONS D'APPROFONDISSEMENT

La méthode d'analyse en groupe a débouché sur la mise en évidence des quelques questions formulées à la page précédente. Ces questions ont semblé devoir faire l'objet d'un approfondissement ultérieur, soit parce qu'elles avaient donné lieu à des difficultés de compréhension mutuelle ou à des divergences fortes au sein du groupe, soit encore parce qu'elles apparaissaient comme des points cruciaux qui ne pouvaient faire l'économie d'un développement supplémentaire. Une partie de ce travail d'approfondissement a été réalisé par les médiatrices grâce à leur travail de définitions des principes de base de la médiation (voir Partie II). Pour les problématiques restantes, afin de ne pas alourdir le nombre de séances, il a été décidé de les traiter en sous-groupes où se sont répartis les participants à la méthode d'analyse en groupe. Le texte qui suit représente la synthèse des réflexions menées au sein de ces sous-groupes.

1. Formalisation de la médiation

Lorsqu'une médiation se met en place dans le contexte d'une institution de soins pédopsychiatriques, convient-il qu'elle adopte une formalisation précise ? Est-il souhaitable que la manière d'accéder au médiateur suive un cheminement préétabli, que le décours du processus respecte certaines règles, qu'une clôture soit clairement marquée ? Dans quelle mesure une telle formalisation s'imposerait-elle davantage dans un milieu de soins pour mineurs que dans une institution de patients adultes ? Ces diverses questions ont traversé les débats à divers moments et sous différentes formes, en montrant à quel point demeuraient des divergences quant à la nature même de la médiation : outil, service, procédure ou processus ? On tentera ici d'esquisser en deux temps les représentations des soignants puis celles des médiateurs.

Du point de vue des soignants représentés dans le groupe, il apparaît que le suivi de certaines étapes méthodologiques concertées rassurerait les soignants, tant au niveau organisationnel, mais aussi pour certains, en ce qui concerne les interventions mêmes du médiateur. Sur le plan organisationnel, il semble important que les médiateurs soient clairement identifiés comme des personnes extérieures à un service et veillent à ne pas perturber l'organisation de celui-ci, par exemple en élaborant leur agenda de visites en concertation avec les équipes. Sur le plan des interventions, les représentants des soignants ont à plusieurs reprises exprimé la nécessité d'évaluer suffisamment l'articulation du processus de médiation avec le processus de soin : ce type d'intervention extérieure risque à leurs yeux de venir

perturber l'équilibre, souvent fragile, de la relation soignant-soigné. Selon certains d'entre eux, ce type de risque pourrait être atténué par la mise en place de procédures prédéfinies établies en concertation avec le médiateur. Ainsi par exemple, on évoque la transmission de la parole du jeune via une personne-ressource ou encore la mise en écrit par le jeune du contenu de son interpellation²¹. Pour certains, une manière de créer l'équilibre serait d'établir une procédure où il y aurait un retour systématique vers l'équipe, par exemple par l'intermédiaire d'un responsable d'unité. En effet, la simple transmission de la parole de l'enfant peut parfois être vécue dans les équipes comme une ingérence, une perte de neutralité voire une partialité de la part du médiateur.

Enfin, certains soignants, considérant la médiation comme un service offert au patient, insistent sur la nécessité que ce tiers externe construise un lien de confiance au sein de l'institution et de l'équipe soignante. Il s'agira alors de miser sur la confiance qui doit être faite au jeune et au soignant sur le "comment chacun pourrait se saisir de la médiation ?" et ensuite, de construire, à partir de là, la réflexion thérapeutique et institutionnelle. Cette ouverture n'est envisageable que si l'institution et, en son sein, chaque soignant en particulier, fait a priori confiance à la fonction de médiation et à la personne qui l'habite. Il semble évident pour tous que les rôles et places, quoique identifiés au départ, ne sont pas figés et que la fonction de médiation doit prendre une place, sa place. Et cette place singulière est co-construite par toutes les personnes concernées et n'a de validité que si elle a du sens pour toutes les parties : le professionnel, le jeune, son représentant et le médiateur. En cela, la médiation est un processus mis à la disposition de la relation soignant-soigné.

De leur point de vue, les médiateurs rappellent que des principes légaux et des fondamentaux régissent la fonction de médiation, tout en reconnaissant l'importance d'articuler l'espace de médiation au dispositif de soins. Pour préserver son indépendance, la fonction de médiation doit pouvoir être identifiée comme structurellement extérieure à l'institution même si elle mène ses interventions au cœur de l'institution. La difficulté de conjuguer un positionnement externe avec des actions en interne peut-elle être, au moins partiellement, levée par la mise en place ponctuelle d'une méthodologie des interventions ? Une formalisation peut être envisagée dans la mesure où elle ne déroge pas aux fondamentaux de la fonction de médiation et aux dispositifs légaux. Dans la pratique, il faut cependant constater que certaines pratiques concertées aboutissent à ce que des médiateurs doivent malheureusement renoncer à certains principes fondamentaux qui organisent la fonction de médiation – par exemple la mise en présence du patient, du soignant et du médiateur dans un échange. On peut également s'interroger sur la légitimité

²¹ A ce sujet, il faut cependant être attentif à dégager cet écrit de la notion de preuve : il pourrait en effet être utilisé à d'autres fins que celle de permettre à un jeune d'exprimer dans l'espace de médiation les difficultés qu'il ressent. L'écrit n'est qu'un arrêt sur image à un moment donné du vécu du jeune et peut faire l'objet de corrections et devenir un document de travail évolutif.

d'une pratique de médiation qui ne ferait que transmettre, au plus juste, la parole de l'un (le jeune) à l'autre (le soignant). La fonction ne consiste-t-elle pas également à animer un débat mettant en présence patient et soignant au départ de l'interpellation (question, demande, plainte...) et de formuler des questionnements qui en découlent ?

Le questionnement à propos de la formalisation des interventions de médiation reflète à quel point les participants demeurent partagés quant à la **nature même de la médiation**. La médiation est-elle un outil, un service, un processus ou une procédure ? Même si le mot « outil » a largement été utilisé au cours des débats, la majorité des médiatrices ont contesté le fait qu'il soit adéquat pour qualifier leur fonction. Le terme « outil » sous-entend effectivement « au service de » et ouvre la porte à toutes les formes possibles d'instrumentalisation. Ces mêmes médiatrices ont exprimé que la médiation devait plutôt être vue comme un processus, c'est-à-dire comme une sorte de cheminement partagé sur lequel nul n'aurait de maîtrise. C'est donc un cheminement qui, même s'il suit certaines balises, ménage en même temps la possibilité de l'inédit et de la créativité. En cela, il se distingue d'une procédure.

La question posée est aussi celle de la clôture de ce processus tant pour l'enfant que pour le médiateur et le soignant. Il semble imaginable pour tous qu'il puisse être signifié à la médiatrice et à l'enfant que son interpellation a bien été prise en considération et que l'issue qui lui a été réservée leur soit expliquée.

La médiation est-elle par ailleurs un service ? Sans doute au même titre que le soin se veut-elle au service des personnes et des personnes seulement. Se mettre au service de causes ou d'objectifs autres serait, encore une fois, se mettre en position d'instrument.

2. La représentation du mineur et la fonction de médiation

La question de la représentation du mineur et de la fonction de médiation en pédopsychiatrie peut être divisée en trois sous-questions :

- 1) La question de l'information donnée aux parents, tuteurs ou autres représentants légaux du patient mineur au sujet de l'existence de la fonction de médiation au sein de la structure hospitalière et de la possibilité d'y recourir.
- 2) Comment le mineur peut-il exercer son droit à se saisir de la fonction de médiation ?
- 3) Dans le contexte de la représentation du mineur, quelle connaissance mutuelle des différents cadres de travail serait un préalable ? Est-il nécessaire et utile de co-construire des modalités de collaboration ?

1) La question de la représentation du mineur d'âge

(Parents ou tuteur légal)

Si l'on se réfère au texte légal (l'Art. 12 §1. de la loi du 22 août relative aux droits du patient), il mentionne en son premier paragraphe : que « *si le patient est mineur les droits fixés par la loi sont exercés par les parents exerçant l'autorité sur le mineur ou par son tuteur* ». Cette disposition laisse entendre que le parent en sa qualité de représentant légal est en droit d'exercer en lieu et place du mineur (puisque il le représente) l'ensemble des droits reconnus dans ce dispositif légal et en conséquence celui d'être informé de l'existence de la fonction de médiation organisée au sein de l'hôpital et de déposer une plainte auprès du service de médiation.

En effet, l'**Arrêté royal du 8 juillet 2003 art 4.1°** mentionne que « *l'hôpital veille à fournir toutes les informations requises pour que la fonction de médiation soit accessible ...* »

Discussion :

A l'égard des représentants légaux, comment rendre cette information « accessible » ? L'information est-elle donnée lors de l'admission ? Il se peut que l'information concernant la médiation et les droits du patient ne soit pas nécessairement efficiente au moment de l'admission.

Certains médiateurs pensent que ce renseignement doit être donné au préalable via un document écrit (la brochure de présentation de l'institution, un triptyque spécifique à la médiation, un courrier d'information adressé au jeune et au parent, avec ou sans la photo de la médiatrice, une affichette apposée aux valves consultées dans des lieux où le passage est dense, unités, salle d'attente,...).

Dans certaines structures hospitalières, une feuille est insérée dans « le dossier administratif d'admission » remis aux représentants légaux, sans pour autant faire l'objet d'un échange spécifique à ce sujet. Certains expriment la nécessité de communiquer également oralement l'information, au-delà de l'information écrite. Le professionnel accueillant en parle-t-il aux parents ? Qui s'en charge ? Quand estime-t-on que l'information donnée aux représentants légaux est « efficiente » et sous quelle forme optimalise-t-on l'accessibilité à la fonction de médiation ?

Qui peut recourir à la fonction de médiation ?

Si on fait référence à l'avis de la Commission fédérale droits du patient qui traite de l'élargissement du droit de plainte, « *toute personne intéressée* » pourrait formuler une interpellation. Même si les avis rendus par la Commission ne sont pas contraignants, ils soulignent cependant que cette possibilité n'est pas le seul attribut

des représentants légaux. Cet avis ouvre donc la question de l'élargissement du droit de la plainte²².

En conclusion, quelle que soit la manière dont l'information est transmise, le représentant légal devrait en disposer et pouvoir exercer effectivement le droit d'accès à la médiation.

2) L'exercice de la fonction de médiation par le mineur d'âge

La question de **l'utilisation** par le mineur d'âge de la fonction de médiation est d'une part abordée par les textes légaux (exercice de ses droits) :

L'art 12 §2. de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient prévoit « *que le mineur d'âge est associé à l'exercice de ses droits suivant son âge et sa maturité. Les droits énumérés dans la loi peuvent être exercés de manière autonome par le patient mineur qui peut être estimé apte à apprécier raisonnablement ses intérêts.* »

et d'autre part par les documents parlementaires.²³

Discussion :

- La question délicate du "discernement" du mineur quant à la possibilité d'exercer ses droits peut se poser. Est-ce que le discernement est une condition nécessaire pour avoir accès au processus de médiation ? La loi précise que le mineur – même incapable – doit être associé à l'exercice de ses droits. Si ce droit ouvre un espace de parole de nature particulière, la question du discernement ne limite pas, a priori, son accès à la médiation.
- Si la question du discernement se pose, (Doc.Parl.Chambre 501642/012.p.95) « *il appartient au praticien de juger de la maturité de son jeune patient* ».²⁴
- En cas de problèmes pratiques d'application²⁵ ou de litige, le médiateur pourrait être sollicité pour émettre un avis afin que le processus de médiation puisse être entamé ou poursuivi.

²² Avis de la Commission fédérale « Droits du patient » du 23 juin 2006 relatif à l'élargissement du droit de plainte.

²³ Sans titre : <http://www.lachambre.be/doc/flwb/pdf/50/1642/50k1642001.pdf#search=doc>

²⁴ Remarque : par « praticien professionnel, la loi entend les professions citées dans AR n°78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions de soins de santé.

²⁵ Les principales difficultés relevées sont : d'une part, l'irréductible dimension subjective de l'appréciation et d'autre part, la non précision par le texte légal du mot « praticien » (un ergothérapeute ou un kinésithérapeute ont-ils la même compétence qu'un psychiatre pour en décider, alors qu'on entend régulièrement que les psychiatres mettent même en doute la compétence sur ce sujet de leurs confrères médecins généralistes ?)

3) Dans le contexte de la représentation du mineur, quelle connaissance mutuelle des différents cadres de travail serait un préalable ? Est-il nécessaire et utile de co-construire des modalités de collaboration ?

Les participants (soignants et médiateurs) s'accordent sur la nécessité de respecter le cadre légal qui organise la fonction de médiation : respect du rôle, de la place et du cadre qui organise cette fonction.

Notamment : « *l'hôpital veille à ce que le médiateur ait la possibilité d'entrer librement en contact avec toutes les personnes concernées par la plainte.* » (Art. 4.2° AR 8-07-2003 fixant les conditions auxquelles doit répondre la fonction de médiation dans les hôpitaux).

Ecouter et respecter chaque patient qui souhaite faire appel à la médiation, quel que soit son discernement, assurer une présence est reconnu par les soignants.

Avant d'associer les parents (ou représentants légaux) à cette démarche, il est important – du point de vue des professionnels soignants – de tenir compte du projet de l'enfant s'il en existe un, de sa situation familiale et des contraintes judiciaires pour réfléchir à la façon dont ils vont inclure les parents dans le projet et le déroulement de l'hospitalisation.

Les soignants soulignent que lorsque le médiateur fait appel aux représentants du jeune, il risque peut-être d'interférer dans le travail thérapeutique en cours.

Peut-être doit-on éviter cette interférence ?

Cette interférence peut créer ou raviver un conflit de loyauté chez le jeune. Certains pensent que ce n'est pas au professionnel soignant de déterminer si la médiatrice peut ou non contacter la famille. Mais chacun s'accorde sur la nécessité pour le médiateur de s'entourer avec rigueur de toutes les informations utiles qui lui permettent de mesurer les enjeux de sa démarche avant de prendre la décision de cette prise de contact avec le représentant légal. Le souci des soignants est de veiller à ce que la qualité du soin soit maintenue.

La loi prévoit qu'un espace de médiation entre patient et soignant soit organisé dans les unités de soins. Il faut rappeler cependant que ce processus se base sur l'adhésion volontaire de chacune des parties. La possibilité de ne pas adhérer à une médiation est offerte de manière individuelle à chacun des participants potentiels. Cependant, tout dispositif institutionnel qui généraliserait la non-adhésion au processus de médiation contreviendrait au principe général de la loi.

« *L'hôpital veille à ce que le médiateur ait la possibilité de rentrer en contact avec toutes les personnes concernées par la plainte ; la fonction de médiation est organisée à l'hôpital de façon que le médiateur assure une médiation entre le patient et le praticien professionnel concerné à partir du moment où la plainte est déposée.* » AR. 8.07.2003, Art.3-4.

Il est important de noter également que la médiation peut également être sollicitée par les soignants, soucieux du bon déploiement de la relation avec le jeune, pour soutenir l'autonomie du jeune dans l'exercice de ses droits.

Est-il nécessaire et utile de co-construire des modalités de collaboration?

Quoi qu'il en soit, le médiateur doit nécessairement être conscient du lieu et des enjeux dans lesquels il est invité, par l'interpellation, à intervenir.

Certaines médiatrices pensent que la méthodologie de la médiation pourrait être co-construite avec les soignants offrant ainsi aux uns et aux autres des balises pratiques qui peuvent être, cependant, évolutives et différer selon les situations singulières en fonction de la confiance nouée entre professionnels. Instaurer un référent médiation au sein des unités de soins, facilitateur de l'implémentation de cette fonction au sein de ces unités, peut être un élément intéressant pour certaines médiatrices et soignants.

3. La question de la prévention dans la médiation

Rappelons ici que, dans le cadre de la médiation, on ne parle pas de prévention santé mais de prévention de la répétition des plaintes.

Parmi les missions attribuées au médiateur, on retrouve la mission « d'information relative aux droits du patient » prévue à l'Art. 11§2 de la loi relative aux droits du patient.

Certains professionnels craignent que le travail de prévention (séance d'information aux patients ou représentants légaux le cas échéant) puisse "inciter" les patients ou les représentants légaux à se plaindre pour tout type de problème et donc à "manipuler" le dispositif de médiation et cela dans un contexte où l'équilibre du soin entre l'enfant et les parents semble parfois complexe à soutenir. Si ce risque existe, qu'il soit dans le chef des jeunes ou des professionnels, il convient d'y réfléchir ensemble.

On ne peut cependant pas éluder pour autant cette mission d'information car elle participe également à rendre « accessible » la fonction de médiation.

Si intégrer le concept de "Loi" est difficile pour des jeunes qui sont en phase de contestation, il est intéressant néanmoins d'observer qu'ils sont attentifs et réceptifs à l'information qui leur est donnée dans le domaine des droits du patient (cela peut même modifier la relation du jeune avec l'équipe soignante) et qu'ils interrogent le

plus souvent la médiatrice de manière pertinente. Dans le cas contraire, il appartient au médiateur de rappeler le cadre de la médiation et de renvoyer le jeune vers le professionnel compétent.

Quelques professionnels estiment qu'il serait intéressant d'organiser également des séances d'informations à destination des soignants.

La recherche MAG peut aussi faire partie de cette démarche de prévention, tout comme la participation à des comités d'éthique et à des groupes de réflexion sur des questions particulières.

Les médiatrices évoquent également la possibilité d'organiser des séances d'information auprès des parents. Dans la mesure où l'information leur a été délivrée par ailleurs, les soignants s'interrogent cependant sur les conséquences de cette démarche et sur la pertinence de l'entreprendre.

Diffuser de l'information n'est pas le seul moyen dont dispose le médiateur pour remplir sa mission de prévention. L'Article 11 de la loi relative aux droits du patient lui demande également de formuler des recommandations en vue de prévenir la répétition des plaintes. Le médiateur élabore ses recommandations sur base du constat de difficultés dans l'application des droits du patient. Il les consigne dans son rapport annuel en les destinant soit à l'institution elle-même soit aux autorités politiques ou autres personnes responsables, via le formulaire transmis à la Commission fédérale « Droits du patient ».

V. CONCLUSION SOUS FORME DE PISTES ET DE RENCONTRES FUTURES

Le questionnement des médiatrices et médiateurs en santé mentale face à la difficulté d'implémenter leur fonction et de mener leurs missions au sein de services de psychiatrie infanto-juvénile a conduit les Plates-formes de Concertation en Santé Mentale, avec l'appui de la Fondation Roi Baudouin, à organiser un groupe de travail pluridisciplinaire encadré par des animateurs formés à la méthode d'analyse en groupe (MAG).

Face aux réticences et résistances à laisser pénétrer le regard extérieur des médiateurs au sein des institutions de soins, un des bénéfices – et non des moindres - du travail mené été d'ouvrir un espace de dialogue entre professionnels de la santé et médiateurs en leur permettant de méta-communicuer sur leurs modalités relationnelles.

La place des médiateurs au cœur de l'espace de soins a souvent été évoquée lors des débats : comment laisser un espace à la médiation sans que cet espace vienne empiéter sur celui des soignants ?

Il est d'ailleurs rapidement apparu que cette question cruciale n'était pas réservée aux services de pédopsychiatrie mais qu'elle se posait également dans des services de patients adultes. La question était alimentée par une diversité de préjugés et de représentations divergentes à propos de la médiation en général. Alors que le groupe pensait se pencher sur les difficultés spécifiques à un secteur, il a vite constaté que le socle de base n'était même pas acquis : des perceptions très approximatives subsistaient à propos de la médiation.

La première conclusion qui s'est dégagée a donc été le constat que la fonction de médiation était encore loin d'être comprise par tous, dans ses principes de base, dans sa méthodologie et dans ses objectifs. C'est pourquoi le groupe des médiatrices s'est attelé à formuler le texte qui figure en début de document sous le titre « Aspects fondamentaux d'une définition de la fonction ».

Une deuxième conclusion du travail a été la mise en lumière de nombreux points de divergences non seulement entre des logiques professionnelles différentes, celles des soignants et celles de la médiation, mais également à l'intérieur d'un même groupe professionnel. Certes, ces divergences portaient essentiellement sur des aspects méthodologiques. Elles venaient néanmoins pointer que la médiation dans les soins de santé est une fonction jeune en pleine phase de construction et que la profession de médiateur est une profession qui s'exerce en s'impliquant en tant que personne, en référence à une histoire et à des valeurs propres.

L'objectif principal de la méthode d'analyse en groupe consistait à formuler le plus précisément possible les problématiques et les enjeux majeurs posés par la médiation dans des services de psychiatrie infanto-juvénile. En ce sens, la méthode

s'est montrée pertinente car à l'issue des débats, le groupe a été en mesure de cerner quelques questions centrales. Ces questions ont fait l'objet d'un approfondissement en sous-groupes.

Le premier thème traité en sous-groupe était celui de la nécessité d'une formalisation de la médiation. Les représentants soignants ont exprimé une certaine crainte face à quelque chose qui pourrait s'avérer incontrôlable ; ils seraient dès lors rassurés par une procédure formalisée ou à tout le moins balisée par une série de repères. En revanche, les médiatrices se sont montrées plus partagées, certaines prônant une co-construction balisée du processus avec les équipes, d'autres insistant sur le caractère non maîtrisable et indéterminé du processus.

Le deuxième thème qui a fait l'objet d'un approfondissement est celui de la représentation légale des patients mineurs. A ce sujet, un certain nombre de questions sont demeurées non tranchées, comme par exemple la pertinence de prendre contact avec les parents lorsque le jeune interpelle la médiation ou la difficile question de l'appréciation de la capacité du mineur à apprécier seul son intérêt.

Enfin, le troisième thème traité en sous-groupe a porté sur la mission de prévention confiée aux médiateurs. Il semblait en effet utile de clarifier le sens et les moyens d'assurer cette mission.

Le travail s'est donc conclu sur la mise en évidence d'un certain nombre de divergences ou de questionnements ouverts qui pourraient utilement faire l'objet de réflexions ultérieures. Il serait particulièrement intéressant d'inclure dans ces réflexions des représentants d'usagers ou de familles d'usagers, ou encore des médiateurs travaillant au sein d'unités pédiatriques d'hôpitaux généraux.

VI. BIBLIOGRAPHIE

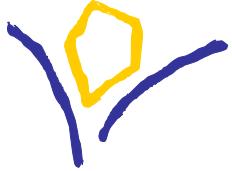
GUILLAUME-HOFNUNG, M., Brochure « *Pour une définition européenne de la médiation* » p.7, Université de Paris XI, Master diplomatie et négociations stratégiques (CEI)
Séminaire du 17 au 19 mai 2011 à Strasbourg.

SIX, J.-F., *Le temps des médiateurs*, Seuil juin 1990, réédition 2001.

SIX, J.-F., MUSSAUD, V., *Médiation*, Seuil, 2002.

TAVEL, A., LASCOUX, J.L., *Le code de la médiation*, Médiateurs Editeurs, 2009.

VAN CAMPENHOUDT L., CHAUMONT J-M. & A. FRANSSEN (2005), *La Méthode d'analyse en groupe. Applications aux phénomènes sociaux*, Paris, Éditions Dunod



PF BXL Capitale



PFNCSM asbl



PLATE-FORME DE CONCERTATION EN SANTE MENTALE
DU BRABANT WALLON – asbl



<http://www.usaintlouis.be>