

Médiation, micropolitique et changement

**Gaëlle Chapoix et
Ingrid Muller,**
animatrices,
service Education
permanente de la
Fédération des
maisons médicales.

En introduction à ce dossier, Ingrid Muller nous rappelait que les lois réorganisent le cadre dans lequel se vivent les relations. L'objectif de la loi sur les droits du patient serait ainsi de développer dans ce secteur une «relation de confiance basée sur l'écoute, l'information et la co-décision» (voir l'article p. 38).

D'une transformation de la relation à un changement de société

Avant la promulgation de cette loi, on pouvait déjà faire le constat d'un changement de paradigme de la relation patient-soignant (voir l'article p. 54). D'un modèle paternaliste, vertical, descendant, vers un modèle plus horizontal, voire délibératif (voir l'article p. 49), dans lequel le patient a son mot à dire, est acteur de sa santé et peut se positionner à ce niveau en partenaire des soignants. Un principe de la charte des maisons médicales. Pourtant, cette transformation, reflet d'une évolution plus large dans la société n'est pas encore effective. Nous avons dès lors formulé un enjeu de la médiation en termes de relation, de confiance, de pouvoir, d'(in)égalité. On entend souvent dire que la médiation sert à recréer de l'égalité de traitement des parties dans un conflit.

Or, de nombreux domaines d'intervention de la médiation concernent des relations asymétriques, entre des interlocuteurs dont les statuts respectifs apparaissent déséquilibrés. Dans ces situations, la médiation ramène-t-elle plus d'égalité, ou entérine-t-elle les inégalités ?

Par ses fondements-mêmes, la médiation renferme le potentiel pour dépasser les rapports de force, en s'appuyant sur des modes de communication (comme la communication non violente) qui :

- valorisent les points de vue différents comme autant d'éclairages complémentaires des multiples aspects de situations complexes ;
- ouvrent un espace-temps pour «l'expression des affects sans quoi ils «polluent le processus»» (voir l'article p. 64) ;
- soutiennent l'expression des besoins de chacun et la recherche d'une solution qui permettent la satisfaction de tous.

Si le potentiel est là, les effets en termes d'égalité dépendront ainsi fortement du cadre dans lequel s'inscrit le processus de médiation (par exemple l'articulation du service de médiation à la structure hospitalière ou l'organisation du service fédéral) et du cadre de la médiation elle-même, lors de la rencontre des parties. Ces cadres sont d'autant plus déterminants et complexes quand la médiation dépasse la relation interpersonnelle et concerne également une institution à laquelle participe le ou les soignants. Comme l'évoque Dominique Detilloux dans son article en p. 64, «si le cadre n'est pas bien fixé, on prend le risque qu'il soit fixé par quelqu'un d'autre», ce qui induit une prise de pouvoir, volontaire ou non et une réactivation des rapports de force. Et s'envolent alors les rêves d'égalité.



parapluie ou porte-voix ?

En sus des cadres, pour que la médiation puisse produire ses effets, il s'agira que l'intention de chaque partie soit positive et constructive. Cet état d'esprit, cette disposition particulière nécessite certainement que chaque partie se sente en confiance et entendue, qu'elle puisse exprimer ses craintes éventuelles et comprendre le processus dans lequel elle s'engage, qu'elle comprenne son sens et sa finalité. On touche là à une question d'information et d'éducation. La médiation dans les soins de santé fait partie du cadre légal sur la loi sur les droits du patient, elle-même encore trop peu connue. Comme le formulait la Ligue des usagers des services de santé en 2013¹, l'enjeu de cette loi, et donc de la médiation dans ce domaine est l'amélioration du système (de santé).

Ainsi, bien au-delà d'une fonction utilitaire de gestion des conflits, la médiation sous-tendrait peut-être une ambition, plus vaste de transformation du système de santé, du système éducatif, des systèmes familiaux,... Bref, une dynamique de changement de société. La concertation contradictoire deviendrait un mode d'éducation par les pairs, d'acceptation de l'autre, au bénéfice d'une société qui se construirait à partir de la diversité de ses citoyens. Elle permettrait de co-construire dans et avec la complexité, de s'appuyer sur celle-ci pour créer du nouveau (voir article p. 57).

Mais, derrière cet enjeu de transformation s'en cache peut-être un autre, dialectique... Qui dit changement de société dit enjeu idéologique. La médiation s'est développée à la fin du XX^{ème} siècle, à une époque que d'aucuns qualifieraient de postmoderne. Une époque fortement marquée par la victoire de la pensée libérale, l'utilitarisme et le relativisme. C'est le contexte de l'émergence du mouvement des maisons médicales, mais aussi des démarches qualité liées au monde de l'entreprise. Le risque d'instrumentalisation, par les uns et aussi par les autres est indéniable.

De la médiation pour camoufler ou renverser les rapports de force ? De la médiation pour faire passer en douceur au patient la décision prise par les soignants ? De la médiation pour donner tout pouvoir à un patient "revendicateur" aux attentes et exigences grandissantes (voir article p. 49) qui nierait - à son tour - les réalités des soignants ? La logique du « toujours plus de la même chose » mise en lumière par Watzlawick² comme voie de non changement, du « plus ça change, moins ça change ».

Mais alors à quelles conditions la médiation pourrait-elle dès lors contribuer à une transformation de la relation soignant-soigné, du système de santé, de la société ?

Information et éducation

Nous avons déjà évoqué l'importance des cadres et celle de l'information, de la formation et de l'éducation, d'*ex-ducere*, « conduire hors de »... hors de nos conflits, hors de nos habitudes... vers une nouvelle culture, un nouveau mode d'être ensemble, un nouveau paradigme. En termes d'information, il s'agirait de faire connaître l'existence-même de la loi et du système en place, encore trop peu connus, comme nous l'avons lu, des usagers comme de certains professionnels. C'est un élément fondamental qui passerait entre autres par un affichage systématique dans les salles d'attente, des campagnes d'information...

Plus largement, il s'agirait de développer une véritable « pédagogie des droits du patient » (voir l'article p. 45). Cela inclurait bien en amont une formation à la communication à intégrer dans les cursus des professionnels et les programmes de formation continuée, quant à la manière d'écouter le patient, de lui parler... comme l'ont suggéré les médiatrices fédérales. Par ailleurs,

1. « Droits du patient, qu'en est-il 10 ans plus tard ? », le Chaînon n°28, janvier-mars 2013.

2. Avec J Weakland et R Fish, Changements : paradoxes et psychothérapie, Le Seuil, 1975, collection Points, 1981.

une sensibilisation au processus de médiation permettrait de dépasser les craintes de parti pris pour le patient qui peuvent parfois rendre les soignants réfractaires.

Ainsi, selon le rapport de la Fondation Roi Baudouin³ l'Ordre des médecins aurait-il proposé l'organisation de rencontres entre médiateurs et les conseils provinciaux de l'Ordre. Un pas en avant ou «*plus de la même chose*»? (voir l'article p. 86). Clarifier la possibilité pour les soignants d'adresser une plainte au médiateur, comme évoqué par Caroline Dopagne (voir l'article p. 49) pourrait peut-être paradoxalement contribuer au développement du principe d'égalité dans une relation asymétrique comme celle patient-soignant.

Le rapport de la Fondation Roi Baudouin évoque d'ailleurs le sentiment des praticiens relayé par les médiateurs locaux d'une loi déséquilibrée en faveur du patient. Monique Ferguson (voir article p. 81) nous disait d'ailleurs qu'«*une approche centrée sur le patient n'implique pas la primauté du point de vue du patient*». Si «*la médiation renforce l'autonomie du patient - par ailleurs une des valeurs du mouvement des maisons médicales*» c'est parce qu'elle crée un espace adéquat pour l'expression et la confrontation des différents points de vue, dont celui du patient. Pour qu'elle puisse déployer ses effets, parvenir à ce que le conflit soit transcendé, il est cependant fondamental que les soignants, les équipes, soient prêt-e-s aussi à «*réévaluer et parfois modifier leur mode de fonctionnement*» (voir article p. 81).

La charte d'Ottawa recommandait déjà une telle réorientation des services de santé «*en les recentrant sur la totalité des besoins de l'individu considéré dans son intégralité*» (voir article p. 86). Et cela nécessite sans doute un changement culturel, tant dans de grosses institutions hospitalières que dans des maisons médicales en autogestion (voir articles p. 76 et p. 86).

La question de l'éducation et de l'apprentissage par l'exemple et par l'expérience trouverait quant à elle sa place partout dans la société, tout comme la médiation: dans les familles, à l'école, dans les quartiers, dans le monde du travail, de la consommation... Bref dans tous les domaines correspondants aux déterminants de la santé (voir article p. 86). Il s'agit donc bien d'un processus d'éducation par les pairs, qui peut être poursuivi à tous les niveaux, dans tous les domaines et à tous les âges.

Dans celui qui nous occupe ici, comme suggéré dans l'article «*La médiation au service des changements sociaux*» (voir p. 57), l'intervention du tiers réflexif en médiation soutiendra la co-construction à partir de différents points de vue actifs au sein d'une société de plus en plus complexe. La médiation pourra dès lors soutenir le lien entre subjectivation et organisation sociale. Dans le dispositif de médiation du droit du patient, le rapport annuel des médiateurs hospitaliers et fédéraux pourrait constituer un outil pour l'identification des points chauds, des zones de tensions, des failles et mines éventuelles présentes dans le système global, dans les sous-systèmes (chaque bureau de médiation, chaque procédure engagée...).

Notons qu'on parle ici d'élargir les champs d'application. Or, l'étroitesse du champ d'application de la loi des droits du patient a également été évoquée dans le rapport de la Fondation Roi Baudouin par exemple en termes de professions concernées. La question est particulièrement pertinente pour les structures pluridisciplinaires. Il semblerait donc judicieux de l'étendre ; certains médiateurs le font déjà dans la pratique ; la modification du cadre légal serait propice à ancrer leur légitimité. Ce serait un signe encourageant que la pratique de la médiation peut influencer sur le devenir des systèmes et sur la manière de les penser.

3. Gestion des plaintes et médiation en soins de santé. Un bref état de la question. *Fondation Roi Baudouin, janvier 2009.*



parapluie ou porte-voix ?

Faire évoluer les cadres

Quant aux cadres, ils ont été analysés dans ce dossier. Rappelons ici les quatre critères nécessaires pour pouvoir parler de médiation (voir l'article p. 54) :

- la considérer comme un processus ;
- essentiellement de nature communicationnelle et horizontale ;
- dont l'objectif est d'apporter une solution à un problème conflictuel ;
- de restaurer ou améliorer la qualité du lien jusqu'à l'émergence d'un mode de régulation sociale ;
- ce processus est animé par un tiers indépendant, neutre et impartial ou plutôt multi-partial (voir l'article p. 64), c'est-à-dire capable de regarder l'objet du conflit à partir des différents points de vue.

Pour sa mise en œuvre, le processus de médiation nécessite le respect de plusieurs règles :

- la participation volontaire des parties ;
- une communication respectueuse et ;
- la recherche commune d'un accord (voir l'article p. 61). L'importance de la confidentialité et du secret professionnel pour le médiateur sont également pointés par plusieurs auteurs (voir l'article p.43).

A la lumière de ces quelques règles et critères et des expériences et analyses qui constituent le présent dossier, plusieurs éléments apparaissent incontournables pour une évolution constructive du système de médiation en soins de santé. Ainsi, la Ligue des usagers des services de santé a pointé deux enjeux essentiels :

- l'indépendance du médiateur qui implique de fonctionner au niveau des hôpitaux avec des médiateurs externes ou au statut protégé et excluant le cumul avec une autre fonction à l'hôpital ;
- l'accessibilité du service qui passe à la fois par l'information évoquée ci-dessus, l'adaptation à des publics variés, des effectifs suffisants et une proximité géographique par la décentralisation des médiateurs pour le secteur ambulatoire (et en attendant rendre plus visible le service fédéral...).

Dans le même sens, nous proposons une restructuration radicale des services de médiation mis en place ou soutenus par les pouvoirs publics. La médiation organisée dans les institutions hospitalières, dans les plateformes psychiatriques et au sein du service public fédéral Santé publique nous semblent avoir à gagner à être développée et redéployée sur une base locale, dans une organisation cohérente de proximité à destination de l'ensemble des services, de tous les échelons du système de soins.

La mise en œuvre de ces voies d'amélioration pourrait bien cependant se limiter à peaufiner un système de gestion de plaintes, sans travailler un changement de société basé sur l'égalité, l'apprentissage mutuel et la co-construction.

Que manquerait-il pour aller plus loin, pour avancer vers une réelle transformation du système de santé et de la société ? Pour passer de l'individuel au collectif, du collectif au politique ?

Comme le rappelle Marianne Prévost (voir article p. 86), il s'agit bien entendu « *d'envisager la médiation comme une piste parmi d'autres* », un élément d'un système de communication, d'évaluation et de coconstruction.

En ce qui concerne la médiation en tant que telle, il nous semble qu'il y aurait à travailler au moins à deux autres niveaux :

- Celui de l'aménagement ou de la création d'un cadre institutionnel propice à l'évaluation collective et multipartite du système (par l'analyse du rapport annuel des médiateurs entre autres) de santé et à la co-construction de nouveaux modes d'être ensemble dans les relations de soins ;
- Celui de la formation des médiateurs où une dimension socio-politique et surtout micropolitique pourrait les outiller pour penser et agir leur fonction dans une perspective de changement sociétal.

4. Concept développé par Félix Guattari et cité par François Fourquet : « *Ce que les psychanalystes refusent de voir, c'est que la texture moléculaire de l'inconscient est constamment travaillée par la société globale, c'est-à-dire aujourd'hui le capitalisme* », ou encore « *La production de subjectivité est de plus en plus manufacturée à l'échelle planétaire... on se heurte à un autre phénomène qui est justement lié à cette mondialisation de la production de subjectivité et son intégration de plus en plus poussée de toutes les fonctions humaines et machiniques, ce que j'ai appelé le CMI, le capitalisme mondial intégré* ».

Micropolitique car nous sommes pris inconsciemment dans une « *subjectivité sociale* »⁴ fabriquée par le système du dominant qui nous empêche de créer du neuf, de sortir du cadre existant, de construire des cadres et des modes d'être ensemble innovants. Pour cela, selon Raoul Canivet^[C] qui s'inspire de Félix Guattari, « *Ce qui compte c'est le désir et la joie, et comment les impulser au cœur du collectif. Car un processus de subjectivation, bien que lancé par une minorité, voire par une seule personne (« nous sommes tous des groupuscules »), concerne toujours un collectif « virtuel » qui va tendre, s'il est assez fécond, à se disséminer, à s'actualiser, à croître en tout sens tout en restant pluriel et ouvert à de nouvelles créations prolifiques. C'est ce que Guattari appelle un « agencement collectif d'énonciation ». Et là, c'est toute une micropolitique du désir que la pensée de Guattari nous permet de mettre en place. Il faut avoir envie. S'investir dans le collectif c'est avoir envie de créer sa vie avec les autres, c'est avoir envie de s'organiser et de travailler ensemble à ce que sera demain : créer l'égalité et démocratiser la démocratie* ».

Références

- A. *Micropolitiques des groupes, pour une écologie des pratiques collectives* de David Vercauteren, avec la collaboration de Thierry Müller et Olivier Crabbé. Réédition en 2011 par Les Prairies ordinaires. En ligne : micropolitiques.collectifs.net
- B. François Fourquet, *La subjectivité mondiale*, Le Portique [En ligne], 20 | 2007, mis en ligne le 01 juin 2009, consulté le 18 juin 2014. leportique.revues.org/1354
- C. *De Marx à Deleuze-Guattari - la démocratie micropolitique de Rancière*. En ligne : libertaire.free.fr/Mi