

---

Bruxelles le 11/01/2012

**A la Présidente de la Commission Fédérale « droits du patient »  
Aux membres de la Commission Fédérale « droits du patient »**

Objet : Réaction de l'AMIS à l'avis du 10/06/2011 de la Commission Fédérale, relatif à l'évaluation et du fonctionnement de la fonction de médiation dans le secteur des soins de santé.

Madame la présidente,  
Madame, Monsieur,

Le Conseil d'Administration de l'AMIS a pris connaissance de l'avis susmentionné et l'accueille avec beaucoup d'enthousiasme. Il est reconnaissant vis-à-vis de la Commission d'avoir eu le souci d'entendre les différents acteurs de terrain concernés, et salue la nuance apportée par cet avis.

Par la présente, le CA de l'AMIS tient également à renforcer, voire à préciser certains points qui ont été abordés dans cet avis. L'AMIS est également très sensible à l'attention particulière que la Commission a eu à l'égard de la médiation dans le secteur des soins de santé mentale. Les médiateurs en santé mentale, membres de l'AMIS, ont tenu à s'exprimer spécifiquement par rapport aux points abordés dans leur spécialité, et nous joignons leur réaction en deuxième partie de cette lettre.

### **I. Les concepts**

En matière de définition du champ d'application de la médiation, nous sommes également d'avis que le constat actuel est que beaucoup de médiateurs font, en plus de la médiation telle que prévue dans le cadre de la loi relative aux droits du patient, de la **gestion** de plaintes. De ce fait, il serait nécessaire d'apporter des éclaircissements à ces concepts. Il est cependant difficile à ce stade, de décréter unilatéralement si le médiateur doit ou ne doit pas faire de la gestion de plaintes. Comme la commission, nous pensons que cette question doit être étudiée, et ce avec les différents acteurs du terrain concernés et avec les associations de patients.

### **II. L'évaluation des fonctions de médiation**

L'AMIS est consciente des préjugés défavorables qui existent parfois par rapport à la réelle neutralité et indépendance de la fonction de médiation. Elle constate cependant qu'à ce jour aucune étude scientifique rigoureuse n'a pu mettre en évidence le taux de satisfaction ou d'insatisfaction des patients qui ont fait appel à une fonction de médiation. Elle serait dès lors favorable à un système d'évaluation du fonctionnement des médiations locales orchestré par une instance externe, comme suggéré au point II.6 dudit avis. En temps voulu, l'AMIS souhaiterait que les associations représentantes de médiateurs, soient associées à l'élaboration de la grille d'évaluation. Parmi les tâches dévolues à la Commission Fédérale « droits du patient » il y a l'évaluation du fonctionnement des fonctions de médiation, ainsi que le traitement des plaintes relatives au fonctionnement d'une fonction de médiation. Nous constatons également, comme la commission l'a précisé dans son avis du 12 mars 2010, que celle-ci manque de moyens pour exercer ses missions spécifiques. Nous pensons que des moyens supplémentaires doivent être octroyés à la Commission pour pouvoir exercer au mieux ces fonctions d'évaluation, ou le cas échéant que cette évaluation soit mise en œuvre par une instance externe, qui pourrait être la même que celle mentionnée plus haut. L'AMIS est en tout cas favorable à l'idée que tout doit être mis en œuvre pour évaluer et contrôler les fonctions de médiation dans leur

---

fonctionnement actuel. Cette étape pourrait être le préalable à la délivrance d'un véritable agrément des services de médiation locale.

### III. Réseau de soutien et d'échange

L'AMIS s'inscrit totalement dans la logique du réseau de soutien, soutenu par le rapport de la Fondation Roi Baudouin et souligné par la Commission. Actuellement une série de missions, recommandées par la Commission dans le point IV, sont déjà assurées par l'AMIS, notamment :

- L'élaboration d'un code de déontologie (celui-ci a été validé par l'assemblée générale des membres en avril 2009).
- L'organisation d'intervisions 2 à 4x par an
- Une proposition de formation

L'AMIS constate cependant que si à ses débuts (années 2006-08) elle a pu bénéficier d'un soutien financier substantiel de la FRB pour mettre en place ses objectifs, actuellement le seul mode de financement de ses actions est la cotisation annuelle des membres (150€ en 2012, 100€ les années précédentes). Dans le souci d'indépendance et d'accessibilité que son réseau professionnel a voulu préserver, l'AMIS n'a volontairement jamais voulu porter cette cotisation à des montants trop élevés. Cependant, au vu des missions qui lui restent confiées, force est de constater que ce seul mode de financement s'avèrera rapidement insuffisant. Compte tenu qu'une hausse des cotisations peut réduire l'accessibilité de l'association et fragiliser l'indépendance des médiateurs vis-à-vis de leur institution nous pensons dès lors, comme la Commission, que ce réseau d'échanges et de soutien des médiateurs doit être officialisé et financé au niveau fédéral.

L'AMIS tient encore une fois à remercier les membres de la Commission fédérale « droits du patient » pour leur volonté permanente de construction et dialogue avec les acteurs du terrain, et elle se dit prête à collaborer avec la Commission pour toute initiative ou concertation qu'elle jugerait utile de mettre sur pied concernant les problématiques abordées.

Pour le Conseil d'Administration  
Piet Vanormelingen, Président

Copie pour information : - Mr J. BEHAEGHE, président VVOVAZ

---

### **Réaction des médiateurs et médiatrices en Santé mentale à l'Avis relatif à l'évaluation de la médiation et du fonctionnement de la fonction de médiation dans le secteur des soins de santé, avis émis par la Commission fédérale « Droits du Patient » le 10 juin 2011.**

Les médiateurs et médiatrices en santé mentale saluent l'avis émis par la Commission comme un avis important, nuancé et respectueux des acteurs du terrain. Ils lui expriment leur reconnaissance pour son souci et sa volonté de construire un dialogue régulier avec tous les protagonistes intéressés. Ils estiment en effet que, pour poursuivre de manière optimale la construction de cette fonction jeune et difficile, une concertation régulière est nécessaire.

Dans cette perspective, ils souhaitent prolonger le dialogue en formulant quelques réflexions complémentaires, d'abord à un niveau général et ensuite au niveau de leur champ propre, celui de la

---

santé mentale, afin d'inviter la Commission à se pencher davantage sur les problèmes spécifiques qui se posent à la fonction de médiation en santé mentale.

## **1. Au niveau général**

Les médiateurs et médiatrices en santé mentale rejoignent la Commission sur de nombreux points énoncés dans son avis du 10 juin 2011. Sur quelques points particuliers, ils souhaitent apporter des éléments additionnels et formuler quelques interrogations en suspens.

### **1.1. La nécessaire concertation avec les acteurs de terrain**

La subsistance de réticences face à l'implantation de la fonction de médiation témoigne du fait qu'elle n'a pas encore acquis toute sa légitimité dans le monde des soins de santé. Pour renforcer cette légitimité, la concertation avec tous les acteurs du terrain paraît être une condition indispensable, car eux seuls sont confrontés à des réalités qui échappent aux experts et aux théoriciens. La construction solide d'une fonction légitime aux yeux de tous implique d'allier l'expérience du terrain aux visions théoriques. Comme l'indique la Commission, il est souhaitable que cette concertation se mène à intervalles réguliers.

### **1.2. La clarification des concepts**

Les médiateurs en santé mentale se réjouissent de la volonté de clarifier les concepts utilisés, dans un domaine où il existe encore beaucoup de confusion. En 2008, lors du colloque « *La médiation en santé mentale, entre unicité et diversité* », organisé à l'initiative de la Plate-forme de Concertation pour la santé mentale en région de Bruxelles-Capitale, les médiateurs avaient déjà attiré l'attention sur la différence de terminologie entre le texte de la loi relative aux Droits du Patient dans sa version française (« médiation », « médiateur ») et le même texte dans sa version néerlandaise (« ombudsfunctie », « ombudspersoon »). La clarification des concepts est indispensable si on veut rester fidèle à l'esprit qui a présidé à la loi de 2002 et si on souhaite éviter que la fonction soit instrumentalisée à des fins qui sont étrangères à son essence. Mais ce n'est pas suffisant. Si, comme l'exprime la Commission, on s'oriente vers l'adoption du concept de *médiation*, il sera indispensable d'une part que chaque acteur concerné se fonde sur une définition commune et que d'autre part, les pratiques de terrain se mettent en conformité avec cette définition. En d'autres termes, il faudra que tous « jouent le jeu » de la médiation telle que définie.

### **1.3. Les notions clés de la médiation en soins de santé**

En ce qui concerne les quatre points de départ considérés comme essentiels par la Commission, les médiateurs en santé mentale partagent son avis sur les 3 premiers points, à savoir l'accessibilité, l'indépendance, la professionnalisation.

Le quatrième point, « l'objectif de la plainte », leur paraît moins clair. Selon ce que semble indiquer le texte de l'avis, l'expression « objectif de la plainte » recouvre le fait de cerner les attentes d'un patient qui exprime une plainte. Si on considère la médiation comme une modalité de traitement de plainte parmi d'autres, comment imaginer le cheminement d'une plainte qui exclut cette modalité ? Est-il plus adéquat de placer le médiateur dans un double poste, celui de « tri des plaintes » et celui de médiateur au sens strict, ou de laisser le tri à une autre personne afin que le médiateur se limite à ne gérer lui-même que les dossiers « médiation » ? (cf infra : mixité des pratiques)

### **1.4. La mixité des pratiques**

---

Sur le terrain, il semble que la plupart des médiateurs ont des pratiques qui oscillent entre la médiation au sens pur et la gestion des plaintes. La confusion est largement entretenue par divers protagonistes impliqués, patients qui tâchent d'utiliser les médiateurs comme leviers pour mener des interventions étrangères à la médiation ou encore institutions qui tentent de faire de la médiation l'alibi d'une qualité de service aux consommateurs. Rejoignant l'avis de la Commission qui considère qu'il ne faut pas confondre les deux fonctions, les médiateurs en santé mentale se posent plusieurs questions :

- 1) l'utilité d'harmoniser les pratiques : est-il préférable que les pratiques soient identiques partout ou au contraire diversifiées en fonction de contextes particuliers ?  
Autrement dit, laisse-t-on à chaque médiateur le soin de pratiquer un mélange de médiation/gestion de plaintes ou lui impose-t-on de se cantonner à la médiation ?
- 2) le sens de la notion de *plainte* et l'opportunité de l'accoler au mot *médiation* dans l'expression *médiation de plainte* : n'étant pas exempt d'une certaine équivocité, est-il judicieux d'accoler le mot *plainte* à la médiation ? Cela n'induit-il pas chez les patients plaignants des attentes inspirées par l'idée d'une fonction de médiation « justicière » ou « réparatrice de torts » ? Les médiateurs en santé mentale usent plus volontiers du terme « interpellation » qui englobe des aspects plus larges (demande d'information, témoignage...)
- 3) la pertinence de séparer ou non les deux fonctions de médiation et de gestion des plaintes : faut-il avaliser la situation actuelle de pratiques mixtes ou au contraire répartir les deux fonctions sur des personnes différentes ? Dans l'hypothèse où les médiateurs se refuseraient à faire du traitement de plainte autrement que par la médiation, existe-t-il toujours des alternatives adéquates pour tous les types de plaintes ? Dans l'hypothèse où l'on maintiendrait la situation actuelle d'une pratique mixte, ne faudrait-il pas clairement établir la distinction entre médiation et gestion de plainte et le faire apparaître dans le rapport annuel, par exemple sous une rubrique « modalité de traitement de la plainte » ?

### 1.5. L'évaluation de la médiation

Il est certes important d'évaluer une fonction. Toute évaluation doit se fixer des objectifs (que veut-on évaluer et pourquoi ?), puis définir des moyens d'évaluation pertinents et adaptés aux objectifs. L'évaluation ne peut ignorer les principes de base du processus de médiation, à savoir :

- sa position de non savoir et de non pouvoir
- son caractère libre et volontaire
- son absence d'obligation de résultats
- la dimension subjective dans l'appréciation de ses effets

En ce qui concerne l'objectif de l'évaluation, il convient de distinguer entre plusieurs niveaux : le travail du médiateur, le degré d'intégration de la fonction dans l'institution, et le fonctionnement de la fonction.

#### 1. Le travail du médiateur

La formule d'un questionnaire semble soumise à des résultats aléatoires et peu interprétables. Un travail individualisé avec chaque médiateur, par exemple sous la forme d'une supervision pourrait être intéressante, l'évaluation se ferait ainsi au cas par cas avec une personne de référence. Le médiateur serait ainsi évalué à la manière d'un soutien plus que d'un contrôle.

#### 2. Le degré d'intégration de la fonction dans l'institution

A ce niveau, il semble que seul un contrôle de type extérieur pourrait évaluer l'accessibilité, la visibilité et la place laissée à la médiation dans les institutions

#### 3. Le fonctionnement de la fonction

---

Les rapports annuels rédigés par les médiateurs semblent un outil de base pour exprimer les difficultés de fonctionnement rencontrées sur le terrain. Cela n'exclut pas la mise en place d'autres instruments d'évaluation.

## 2. Éléments spécifiques à la médiation en santé mentale

Les médiateurs et médiatrices en santé mentale remercient la Commission de les avoir entendus sur plusieurs de leurs revendications, comme :

- l'intérêt d'élargir leur champ de compétence à l'ensemble de la santé mentale, en y intégrant les services de santé mentale, les patients internés en défense sociale, les soins ambulatoires et les diverses formes de lieux de soins n'ayant ni le statut d'hôpital ni celui de MSP ou d'IHP ;
- l'intérêt d'élargir leur champ de compétence à des catégories professionnelles actuellement non considérées comme praticiens de la santé mais pourtant largement impliquées dans les soins de santé mentale (psychologues, psychothérapeutes, éducateurs...) ;
- l'intérêt d'élargir leur champ de compétence aux interpellations dont le contenu n'est pas directement lié à l'application des droits du patient (ex : mises en observation, problèmes liés à l'hygiène...) ;
- la nécessité de renforcer leur indépendance par rapport aux structures hospitalières, notamment via une modification des modes de financement de la fonction et l'instauration de contrôles ;

Les médiateurs et médiatrices en santé mentale souhaitent toutefois attirer l'attention de la Commission sur les grandes difficultés qu'ils rencontrent dans l'exercice de leurs missions. En témoigne le turn-over particulièrement élevé des personnes qui occupent la fonction. Si elle garantit théoriquement une meilleure indépendance, la position de médiateur externe se caractérise par un inconfort, voire une pénibilité qui épuisent rapidement les médiateurs en poste. Or, l'efficacité et la crédibilité de la fonction sont fondamentalement liées à la confiance qui s'établit entre le médiateur et les divers protagonistes. Pour installer cette confiance, il faut du temps. Les changements fréquents de personne desservent la fonction.

Dans l'exercice de leurs missions, les médiateurs et médiatrices en santé mentale ont en outre le plus grand souci de travailler dans la proximité, particulièrement avec les patients les plus vulnérables et avec ceux qui subissent la privation de leur liberté. Le prix à payer pour offrir une accessibilité maximale aux patients est souvent lourd pour la personne du médiateur qui passe une grande partie de son temps en déplacements. Le stress et la fatigue des déplacements ne contribuent pas à mettre le médiateur dans une disposition d'écoute accueillante envers les plaignants.

Sur base de ce constat, les médiateurs et médiatrices en santé mentale ont initié une réflexion en vue d'analyser les éléments qui concourent à la pénibilité de leur fonction. C'est pourquoi, ils invitent la Commission à se pencher davantage sur les points suivants :

1. l'adaptation du temps de travail (et donc du financement) à différents critères comme la taille des institutions à couvrir, leur nombre, les distances géographiques qui les séparent... Au stade actuel, plusieurs personnes travaillent seules et à temps partiel, avec des tiraillements perpétuels pour gérer au mieux les horaires, ainsi qu'avec la nécessité, pour certain(e)s de combiner avec un autre travail pour ces impératifs budgétaires. Il serait raisonnable de plafonner le nombre d'institutions couvertes par un médiateur ;
2. la nécessité d'un soutien, aussi bien logistique que moral, à une fonction qui s'exerce la plupart du temps dans l'isolement face à des situations parfois très problématiques dans un contexte d'institution psychiatrique souvent chargé en émotions lourdes ;

- 
3. la difficulté d'assurer une continuité dans la fonction, dès lors que tout repose sur une seule personne (problèmes des vacances, congés de maladie ou repos de maternité) ;
  4. l'insuffisance d'attractivité financière de la fonction, l'absence de valorisation salariale de sa pénibilité et l'absence de plan de carrière. Il n'y a entre autres rien de prévu comme aménagement de fin de carrière.

Les médiateurs et médiatrices en santé mentale adressent leurs remerciements à la Commission pour l'attention qu'elle apporte à leurs voix.