



Quel futur pour la médiation hospitalière ?

Laetitia Laude, Arnaud Stimec

► To cite this version:

Laetitia Laude, Arnaud Stimec. Quel futur pour la médiation hospitalière ?. Soins Cadres, 2021, 30 (130), pp.27-31. <10.1016/j.scad.2021.07.010>. <hal-03616480>

HAL Id: hal-03616480

<https://ehesp.hal.science/hal-03616480v1>

Submitted on 5 Jan 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC 4.0 - Attribution - Non-commercial use - International License

Dochead dossier

Sous-dochead La médiation

réflexion

Quel futur pour la médiation hospitalière ?

Laetitia Laude^{a,*}

Professeur en sciences de gestion

Arnaud Stimec^b

Professeur en sciences de gestion

^a EHESP, 15 avenue du Professeur-Léon-Bernard, CS 74312, 35043 Rennes cedex, France

^b SciencePo Rennes, 104 boulevard de la Duchesse-Anne, 35700 Rennes, France

** Auteur correspondant.*

Adresse e-mail : laetitia.laude@ehesp.fr (L. Laude).

Résumé

La médiation hospitalière à destination du personnel est désormais instituée au niveau national et régional. En s'appuyant sur les expériences de médiation intraorganisationnelle internationales et sur les spécificités du monde hospitalier, il est possible de poser quelques points de vigilance et étapes ultérieures possibles, notamment la mise en œuvre de dispositifs internes de médiation au niveau des pôles.

© 2021

Mots clés – conflit ; dialogue ; médiation ; système de gestion des conflits

Summary à traduire

© 2021

Keywords à traduire et à classer par ordre alphabétique

La mise en œuvre d'un dispositif national puis régional de médiation hospitalière, en préparation depuis janvier 2017¹, est une bonne nouvelle. Il ne s'agit pas cette fois de s'occuper de la relation entre praticiens et patients² mais de la relation entre les professionnels eux-mêmes. La médiation pour les personnels des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux s'applique à tout différend entre professionnels, opposant soit un agent à sa hiérarchie soit des personnels entre eux dans le cadre de leurs relations professionnelles, dès lors qu'ils sont employés par le même établissement, au sein d'une direction commune ou d'un même groupement hospitalier de territoire, et que ce différend porte une atteinte grave au fonctionnement normal du service [1]. Il convient toutefois d'être vigilant et averti car la médiation est souvent invoquée de manière floue comme une solution nouvelle et miraculeuse à des problèmes multiples. Inutile de dire dans ce cas que la déception est au rendez-vous. Pour cette raison, avoir quelques rudiments de l'histoire de la médiation et de la variété des formes qu'elle peut prendre est nécessaire pour en appréhender la mise en œuvre. Il nous semble important aussi de tenir compte du contexte spécifique des conflits et du cadre hospitalier pour réfléchir aux ajustements pertinents. Cette mise en perspective conceptuelle et contextuelle permet d'envisager des voies de développement et des points de vigilance.

T1 La médiation, un processus qui n'est pas nouveau

Le mot médiation est couramment utilisé pour désigner l'intervention d'un tiers pour faciliter la résolution d'un conflit ou l'accompagnement d'un dialogue.

TEG1 Il existe en pratique beaucoup de confusions possibles, souvent provoquées par les textes officiels, avec la conciliation, l'arbitrage ou les ombudsmans (terme alternatif : ombuds). La distinction avec l'arbitrage est la plus facile : l'arbitre rend une décision (indicative ou impérative) après avoir pris connaissance de la situation. L'arbitrage peut se fonder sur le droit (la règle) mais aussi l'équité. Les ombuds sont des autorités institutionnelles

indépendantes qui ont vocation à rééquilibrer un rapport de force défavorable (par exemple entre le citoyen et une grande administration) et peuvent pour cela jouer de leur pouvoir d'entremise, d'intercession ou d'avis public. L'ombuds peut parfois organiser des discussions ou des négociations (souvent en mode "navette").

TEG1 La distinction entre conciliation et médiation est plus délicate mais pourtant essentielle. Dans les deux cas, un dialogue ou une négociation en présence d'une tierce personne existe. La conciliatrice ou le conciliateur met en jeu son expertise ou sa séniorité en exprimant des avis (de bon sens ou d'expertise) tout en laissant les parties prenantes libres d'accepter, refuser, adapter. Le processus est assez directif (sur le fond et sur la forme). Le médiateur ou la médiatrice organise le processus pour qu'il y ait dialogue ou négociation mais ne donne pas son avis (en évitant même les questions inductives : « *Avez-vous envisagé de... ?* »). Dit autrement, le conciliateur agit en "homme sage" et la médiatrice en "sage-femme" ou accoucheur. Cette différence n'est pas juste une subtilité, elle induit une vision différente de la responsabilisation des parties prenantes et de la capacité d'apprentissage collectif. Parfois, la médiation aboutira au même résultat (visible) que la conciliation en prenant davantage de temps. Mais le fait que ça vienne des parties prenantes elles-mêmes est le pari d'un effet d'apprentissage collectif et d'une appropriation durable.

TEG1 On trouve des traces de médiation/conciliation dans toutes les sociétés humaines depuis au moins l'Antiquité. Dans les organisations, la médiation a été beaucoup mobilisée d'abord dans le cadre des conflits collectifs [2]. Un dispositif précurseur en France sous le Front populaire a été suivi aux États-Unis d'une démarche massive consistant à éviter que les grèves ou conflits sociaux nuisent à la production industrielle nécessaire à la constitution d'une armée puissante (à partir du bombardement de Pearl Harbor). La médiation a été proposée systématiquement au niveau fédéral tout en indiquant qu'en cas d'impasse durable, un arbitrage ou même une nationalisation était possible. Par la suite, les États ont préféré disposer de leur propre dispositif indépendant du niveau fédéral, tout en gardant le couple arbitrage-médiation³. L'arbitrage permet d'avoir une solution à un problème (plus rapide que la voie judiciaire et non exclusivement juridique) mais la médiation donne préalablement une chance pour un arrangement. L'arbitrage a eu un rôle majeur dans le développement de la médiation car cela empêche une

partie dominante de jouer le *statu quo* ! Globalement, l'effet observable est le suivant : un dispositif de niveau N favorise l'émergence d'un dispositif de niveau N - 1 (effet de subsidiarité) et l'arbitrage favorise la médiation (préférence pour un arrangement acceptable). L'ensemble peut aussi encourager des démarches complémentaires⁴ [3] plus ou moins articulées entre elles : numéro vert, soutien psychologique, etc.

T1 Le contexte hospitalier

Les présidents de commission médicale d'établissement (CME) des centres hospitaliers considèrent les conflits comme leur première préoccupation, celle qui mobilise plus de la moitié de leur temps : « *C'est une préoccupation quotidienne qui est usante*⁵. » Une observation conduite entre 2015 et 2020, auprès de 75 médecins en responsabilité d'équipe et/ou de projet, fait apparaître que les deux tiers de ces médecins ont connu au moins un conflit marquant dans les deux derniers mois et un quart d'entre eux sont impliqués dans un conflit qui dure depuis plus d'un an⁶. De quels conflits s'agit-il et que révèlent-ils du cadre hospitalier ? Pour répondre à cette question, nous avons choisi cinq cas représentatifs de la diversité des situations rencontrées.

T2 Cas 1 : du manque de concertation à la démission collective des responsables médicaux

Un établissement de taille moyenne situé dans un territoire à forte identité connaît une crise de gouvernance majeure. Dans un contexte financier tendu, les désaccords se multiplient entre direction et représentants de la communauté médicale. Après plusieurs mois de tensions autour de l'absence de concertation, une décision de gestion assez banale conduit à une démission collective des responsables médicaux et bloque le fonctionnement institutionnel : « *c'était la goutte d'eau* », disent-ils. Le conflit s'étale dans la presse, les élus locaux et les tutelles sont interpellés. En interne, le dialogue est rompu et les projets comme les instances de l'hôpital sont à l'arrêt. « *Le malaise est palpable dans les couloirs* » ; « *On ne peut plus avoir confiance alors qu'on y a cru* » ; « *C'est la direction ou nous* » sont autant de témoignages qui montrent l'impasse et la virulence du conflit.

T2 Cas 2 : contexte de pénurie de main-d'œuvre et rivalités dans le “surtravail”

Une équipe médicale est en proie à des tensions internes très fortes dans une période de surcharge de travail et de sous-effectif médical. Trois postes vacants et deux arrêts de travail dans cette équipe de quinze médecins divisés en trois unités font peser une forte pression sur le service. Les cadres sont témoins au quotidien des tensions d'organisation du service. « *Ici, tout le monde surtravaille mais certains plus que d'autres.* » Le chef de service est particulièrement investi et attend le même engagement de ses collègues. Il reconnaît que personne n'est en sous-régime et estime toutefois qu'il faut « *tenir* », le temps de trouver une solution qui tarde à venir. Fatigué et même épuisé, disent certains, il est devenu autoritaire et désagréable, et le climat se dégrade. Le conflit est plus particulièrement localisé entre le chef de service et l'un des praticiens « *qui concourent à celui qui surtravaille le plus* ». L'équipe en vient à se cliver progressivement autour de ces deux professionnels, jusqu'à la démission du chef de service.

T2 Cas 3 : soumission ou démission

Dans cet établissement en difficulté, le directeur, soumis à une très forte pression de résultat, demande à ses collaborateurs de déroger à la réglementation pour « *trouver des solutions* ». Rapidement le niveau d'exigence, le souci du détail et le désir de loyauté conduisent l'équipe de direction au bord de la rupture. Les dérapages verbaux rapportés (« *Vous êtes nulle* » ; « *Vous n'êtes pas à la hauteur, juste bon à faire le café* »), les injonctions paradoxales : « *Débrouillez-vous pour faire réparer avant la semaine prochaine ou allez chercher un poste ailleurs* », sont nombreux alors que le collaborateur a besoin de trois semaines pour réaliser une mise en concurrence imposée par le Code des marchés publics. De son côté, le directeur considère avoir hérité d'une équipe trop jeune et manquant de compétences pour relever le défi de cet hôpital. La situation s'envenime avec la directrice des ressources humaines qui est régulièrement mise en difficulté et se sent « *humiliée* » publiquement. Elle trace l'ensemble des échanges pour constituer un dossier de harcèlement moral. Le reste de l'équipe est divisé entre loyauté et discrétion (« *le marteau tombe sur le clou qui dépasse* ») et « *dissidence* » qui passe par une information « *discrète* » à l'extérieur de l'équipe et de l'établissement, la communication de « *preuves* »

des abus d'autorité subis (enregistrements cachés des conversations), etc. Plusieurs alertes sont données mais « *l'équipe de direction est un temple de l'omerta ; il n'y a pas de conflit, tu te soumets ou tu te démetts. Ou alors tu déposes plainte et ta carrière est finie* », indique l'un des collaborateurs, visiblement amer.

T2 Cas 4 : deux praticiens en viennent aux mains

En désaccord depuis longtemps sur de nombreux sujets, deux praticiens en viennent aux mains sous le regard médusé de leurs collègues. Les membres du service expriment depuis longtemps des dysfonctionnements dans les relations. Le service est scindé en deux clans : le premier, minoritaire et loyal au chef de service nommé contre l'avis de son prédécesseur ; le second dénonce l'incompétence clinique du chef de service. Au-delà des apparences se règlent en coulisse les conditions d'une nomination qui a laissé des traces et une violence sous-jacente dans les relations qui conduit à des agressions verbales, jusqu'à l'épisode de violence physique.

T2 Cas 5 : qu'est-ce qu'un chef ?

Les attentes d'une équipe médicale déçue par un chef de service. La fonction de chef de service repose sur la légitimité clinique du médecin nommé depuis cinq ans. Les attentes d'une majorité de l'équipe, qui reconnaît la qualité du chef de service en tant que clinicien, portent sur une juste répartition du travail avec des critères lisibles et partagés (organisation des gardes et des astreintes) ; sur la capacité du chef de service à obtenir de l'administration les ressources nécessaires au fonctionnement du service (recrutements) ; sur le besoin de dialogue (critique de l'absence de réunions) et sur la qualité de vie au travail (équilibre travail/famille). Le chef de service exprime sa priorité sur l'excellence clinique et considère que chacun sait ce qu'il a à faire. Il se réfère à son histoire et aux chefs de service sous l'autorité desquels il s'est construit pour expliquer sa conception du rôle de chef de service. Il fait face à une "fronde" des jeunes praticiens du service qui remettent en question sa légitimité de chef de service, prenant appui sur le départ de jeunes prometteurs vers d'autres établissements. Alertée par une situation très tendue et un service qui ne fonctionne pas (activité en baisse, tensions et conflictualité, turn-over), la direction décide de missionner

un médecin par l'intermédiaire du président de la CME pour réaliser un audit de la situation. Les résultats de l'audit sont accablants et « *humiliants* » pour le chef de service pour ce qui concerne sa compétence de management.

Tous ces exemples révèlent à la fois les interdépendances et les tensions irréductibles entre professionnels, la force et l'intensité des relations ; les subjectivités à l'œuvre. Certains contextes exposent particulièrement aux conflits : les restructurations ou réorganisations, les nominations ou successions aux fonctions managériales, les ruptures d'équilibre entre l'activité et les ressources, notamment médicales ou soignantes. De nombreuses pressions sont issues d'un contexte plus large que les parties prenantes ne font parfois que relayer. La médiation peut permettre de faire le tri entre le contexte et ce que l'on en fait.

Les conflits sont aussi souvent issus de différences dans la conception, les valeurs ou l'organisation du travail et de l'engagement ; et lorsque ces conflits sont enkystés dans une histoire, les professionnels en deviennent les otages. Pour la plupart des personnes, le conflit est une anomalie, un échec ou une perturbation qu'il convient de solutionner (au sens de contenir) au plus vite. Le risque est alors de concentrer les efforts sur l'apaisement (apparent) des relations en laissant de côté le dialogue autour des divergences et des désaccords. Ces derniers sont alors tenus à distance, dans une sorte d'équilibre temporaire et instable, en attendant mieux. La médiation peut être l'occasion d'aborder en profondeur ce qui concerne la relation sans se limiter à une conciliation de surface.

Ces conflits témoignent souvent d'un besoin de reconnaissance, d'une énergie compétitive et de difficultés à repérer les signaux faibles pour traiter les divergences et désaccords. En **intervenant** si possible avant que survienne un élément dramatique (violences verbales ou physiques, point de non-retour dans une relation, démissions), la médiation doit être l'occasion pour les parties prenantes de procéder à des clarifications conjointes et aussi de faire des tris : ce qui concerne la relation, ce qui concerne la vision du métier (et notamment les écarts intergénérationnels), la manière de faire face à des pénuries qui dépassent les acteurs locaux, ce qui est la conséquence de règles venues d'en haut (tarification à l'activité, règles de recrutement ou promotions, etc.). Il est alors possible, au moins en partie, de cesser de subir et de redevenir acteur dans le contexte.

Plus généralement, la médiatrice ou le médiateur aide à ouvrir la discussion sur trois dimensions majeures : ce que l'on doit décider conjointement (négociation), la manière d'interpréter les faits et le contexte (dialogue) et les relations interpersonnelles (expression/empathie). Plus la médiation intervient tard (on parle alors de médiation curative vs médiation préventive), plus la réversibilité est difficile. Il est donc important que la médiation intervienne au bon moment. Avant le mûrissement, la médiation risque de paraître comme une démarche disproportionnée mais au stade du pourrissement il restera souvent des conséquences irréversibles. C'est pourquoi nous souhaitons réfléchir dans une troisième partie aux modalités de développement de la médiation hospitalière.

T1 Le futur de la médiation hospitalière

Les expériences internationales mentionnées précédemment montrent qu'un dispositif au niveau national intervient souvent un peu tard pour résoudre certaines situations (sans qu'il reste des traces) mais ce dispositif oblige les organisations à se responsabiliser.

TEG1 Le dispositif national mis en œuvre dans un premier temps de manière expérimentale a conduit à la prise de conscience de l'importance d'un maillon de proximité (niveau régional). Si les structures hospitalières n'organisent pas elles-mêmes des moyens raisonnables pour "laver leur linge sale en famille", elles seront confrontées à une remontée vers un dispositif de niveau N + 1 ou N + 2, ce qui peut toujours constituer une visibilité dont on se passerait bien. En outre, pour saisir les situations à un niveau préventif (avant qu'il y ait de dégâts irréversibles), une proximité plus importante apparaît souvent nécessaire.

C'est pourquoi nous estimons qu'il est souhaitable et probable que des structures hospitalières s'organisent pour faire remonter au niveau d'un dispositif local les conflits déjà visibles (mûrs) sans qu'ils restent "coincés" dans les services. Concrètement, il s'agit de trouver un périmètre permettant de financer un dispositif mutualisé avec un réseau de lanceurs d'alerte (ressources humaines, syndicats, médecins du travail, etc.).

TEG1 Les tensions et les conflits font partie intégrante de la vie des équipes. Si le problème n'est pas leur existence, le conflit devient un problème lorsque le désaccord qui le nourrit ne trouve pas l'espace nécessaire, et que l'expression des divergences l'emporte sur la prise en compte des causes. Et sur ce point,

l'hôpital se distingue par la temporalité des conflits qui s'enkystent durablement et altèrent la capacité du collectif à fonctionner normalement sans qu'une issue soit trouvée. Le fonctionnement dégradé devient la norme et la régulation du conflit consiste principalement à tenir à distance les manifestations qui conduisent à des violences verbales et physiques. Les deux facteurs sont liés : l'incapacité à réguler les désaccords accentue leurs manifestations et, sans issue possible, conduit à une escalade, voire à des cercles vicieux.

TEG1 Le dispositif de médiation vient répondre à ces contextes en rendant possible une organisation sur trois niveaux de recours (local, régional et national) [4], qui agit comme une véritable incitation au développement de la médiation, y compris préventive, au niveau local. En effet, le médiateur national intervient en cas d'échec de la médiation organisée par le niveau régional, qui intervient sur un conflit à condition qu'une médiation ait été entreprise au niveau local et qu'elle ait échoué. Il s'agit de donner une place aux désaccords et aux divergences, ainsi qu'à leurs manifestations, de sortir de la tentation d'éviter le conflit ou de l'arbitrer à l'aveugle. Cette incitation suppose néanmoins un changement de regard sur le conflit.

T1 Conclusion

Les cas rencontrés témoignent du potentiel de développement des médiations préventives au niveau local. Au-delà des personnes, certaines situations ou certains contextes contiennent un potentiel conflictuel. La partition du conflit se nourrit des rôles et des mises en scène bien au-delà des interprètes. Sans prétendre à l'exhaustivité, nous pouvons repérer quelques facteurs légitimant une médiation préventive localisée au plus près des acteurs : la territorialisation des activités de santé conjuguée à la réorganisation des relations de travail ; les situations de saturation liée au sous-dimensionnement des équipes au regard de l'activité et les formes d'épuisement professionnel qui en découlent ; les questions portant sur les rôles et la composition des équipes (moments clés de nomination, succession, intégration, etc.) ; le caractère répété et durable de situations comme la répétition de microconflits au sein d'un service, des altercations régulières, ou encore la rupture durable du dialogue ou des règles de courtoisie.

Notes

¹ Le dispositif de médiation est initié par Marisol Touraine avec la nomination d'Édouard Couty comme préfigurateur, le 12 janvier 2017, et s'inscrit dans la continuité du Pacte de confiance pour l'hôpital. La démarche est prolongée par Agnès Buzyn en septembre 2017 en lien avec les travaux initiés sur la qualité de vie au travail des professionnels de santé et de prévention des risques psychosociaux.

² La loi du 4 mars 2002 sur les droits du patient introduit la médiation à l'hôpital public, par la création d'un dispositif visant à améliorer les relations avec les usagers.

³ Ultérieurement, les grandes administrations des États ont créé leur propre dispositif "maison". Un schéma similaire est observable dans le secteur privé.

⁴ Ambition des systèmes de gestion des conflits visant à mutualiser les points de contacts et articuler les démarches.

⁵ D'après une étude en cours sur les activités managériales des présidents de communautés médicales d'établissement de centres hospitaliers.

⁶ Données d'observation dans le cadre du diplôme d'établissement "Médecins managers" à l'École des hautes études en santé publique.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

[1] Décret n° 2019-897 du 28 août 2019 instituant un médiateur national et des médiateurs régionaux ou interrégionaux pour les personnels des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux.

www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000038987938/.

[2] Stimec A, Adijès S. La médiation en entreprise. 4^e éd. Paris: Dunod; 2015.

[3] Stimec A, Sépiter M. Médiation interne : comment de grandes organisations traitent les conflits avec succès. Malakoff: Dunod; 2021. [À paraître.]

[4] Arrêté du 30 août 2019 portant approbation de la charte de la médiation pour les personnels des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux.

www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000039034294/.

Illus1_Laude

© freshidea/stock.adobe.com

La médiation peut être l'occasion d'aborder en profondeur ce qui concerne la relation sans se limiter à une conciliation de surface.

