



La médiation face aux familles

Une question de souci éthique¹

Hajar Laghmiche



« Bonjour Madame. Je souhaite vous faire savoir que Monsieur Harold W. doit se trouver un logement » Une bien drôle de demande que j'entends lors de ce premier coup² de fil de la journée. Pourquoi diable en arrive-t-on à composer mon numéro pour signaler qu'un tiers doit déménager ?

Mon interlocuteur se présente d'emblée **comme n'ayant aucun lien** avec Harold W., 34 ans et actuellement hospitalisé sous contrainte à la suite d'une agression sur sa mère. Il s'agit là d'un schéma qui se reproduit depuis plus d'une décennie : seules les interventions de la justice permettent de mettre fin aux cycles de violence intrafamiliales. Aujourd'hui, l'âge et la santé déclinante de la maman ne lui permettent plus d'assurer un rôle dans le maintien à domicile. Une demande de radiation du domicile sera prochainement introduite par la mère (soutenue par le reste de la fratrie). Mais elle craint d'en informer son fils qui profite de ses sorties quotidiennes pour venir la menacer de ne pas entrer en contact avec l'équipe, le juge de paix ou la police. La médiation est apparue comme une option pertinente pour aider à sortir la mère de cette situation délicate. C'est ainsi qu'on me demande d'aider à ce que le patient se trouve un autre logement, sans informer de la radiation initiée par la famille.

Refuser le rôle de figurant

L'entretien téléphonique dépasse déjà la demi-heure lorsque je finis d'explicitier les limites de mon cadre d'intervention. Je demande les coordonnées de contact de mon interlocuteur.

- Je m'appelle Victor W. et mon numéro de téléphone est le...
- W. ? comme le patient ?
- Oui.
- Mais ... Pourquoi m'avez-vous dit que vous n'aviez aucun lien.
- Parce que c'est vrai. Je n'ai plus aucun lien avec Monsieur Harold W. (..) Les équipes médicales ont toujours travaillé pour lui mais jamais pour nous. Je ne dis pas qu'ils effectuent mal leur travail, je dis juste que nous ne comptons pas, si ce n'est à travers lui. Alors, voilà madame, où on est en : Je me fiche de Monsieur Harold. W. La seule chose qui m'intéresse en ce moment est la santé et le bien-être de ma mère.

Le 1er malentendu est éclairci : s'il existe bien un lien biologique, la relation est rompue comme en témoigne l'insistance avec laquelle Victor prononce le nom complet de son frère, comme on le ferait pour un parfait étranger. J'entends à la fois l'extrême lassitude et à la fois le regain d'assertivité. L'entourage d'abord passif et soumis aux volontés de Harold refuse aujourd'hui d'offrir l'accompagnement nécessaire au maintien à domicile. En invoquant la radiation, la famille cherche à signifier à l'institution qu'elle n'assurera plus le suivi des soins à l'avenir.

1. Carnet de bord écrit dans le cadre de la journée européenne des droits du patient, avril 2025

2. Les prénoms ont été modifiés

De l'absence de droit à la médiation pour les familles

La loi relative aux droits du patient³ introduit notre service comme le lieu où le patient peut « déposer » une plainte, à comprendre comme une insatisfaction quant au respect de ses droits de patient. Il peut bien sûr être accompagné dans cette démarche par un proche. Puisque le patient ne me demande rien, la situation exposée plus haut **ne cadre pas avec les requis légaux**. Il faut toutefois admettre que la réalité du terrain est bien souvent éloignée des idéologies portées par les décideurs politiques. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle notre charte déontologique prévoit une accessibilité à toute personne intéressée garantissant *a minima* une écoute des difficultés portées par des tiers.

Ces demandes portées par un tiers imposent une vigilance particulière pour plusieurs raisons :

- Prévenir le risque du partage d'informations médicales ou autres sans l'accord du patient : le patient doit toujours spécifiquement nous mandater en ce sens.
- Protéger autant que possible la relation de confiance dans le soin (d'ailleurs très fragile en contexte médico-légal) : le patient est impliqué dans la concertation avec son entourage de façon transparente
- Éviter l'instrumentalisation de la médiation : le patient étant par définition déjà en situation de vulnérabilité, la médiation initiée par des tiers risquerait d'asseoir un peu plus une pression contraire à l'autonomisation du patient.

Les deux derniers points se rencontrent dans cette situation. D'autant qu'on m'invite à cacher au patient le projet de l'exclure de son domicile... ce qui est évidemment déontologiquement inadmissible. Pour autant, au vu de l'historique de violence intrafamiliale que l'on m'expose, il me paraît **moralement acceptable** d'agir au nom du principe de vulnérabilité qui est ici partagée par la famille. Le danger physique encouru par la mère du patient me semble d'ailleurs objectivé par la mesure judiciaire accompagnant l'hospitalisation contrainte. L'enjeu de cette médiation aura donc été de construire une **modalité de communication** permettant d'informer le patient de ce qui l'attend tout en protégeant la famille.

Le souci éthique dans les soins

Globalement, le **souci éthique** se pose sous la forme de préoccupations nécessaires à la gestion des situations de soin, en particulier les plus complexes. Les mécanismes liés à la désinstitutionnalisation (comme le travail en réseaux et la réinsertion sociale) imposent de penser le soin au plus proche de la vie sociale, élargissant ainsi le cercle des acteurs de l'accompagnement. La multiplication d'intervenants (avec une grande variété dans les missions, champ de compétences, cadre d'action...) densifie la concertation, avec un risque quasi certain de diverger sur la définition du « bon ». Quelle peut être la lucidité des équipes malmenées par le rythme soutenu du faire toujours plus avec toujours moins ? Quel peut être l'engagement dans le soin sans en questionner la justesse pour le patient ? Dans un contexte de crise (quasi-existentielle) dans les soins de santé, quelles peuvent être les limites de responsabilités entre les

3. Même si la loi prévoit la possibilité d'une sollicitation de la médiation par un proche, elle ne peut se faire que dans un cadre validé par le patient lui-même. Nous citerons ici l'art 11 et 11.1 de la loi : (...) Le patient a le droit d'introduire une plainte concernant l'exercice des droits que lui octroie la présente loi, auprès de la fonction de médiation (...) compétente. (...) Le patient a le droit de se faire assister par une ou plusieurs personnes de confiance dans l'exercice des droits énoncés. Le patient détermine la portée de la compétence de la personne de confiance

différents acteurs du soin ? Et comme dans le cas de Harold, l'intégration des proches dans la construction du projet de vie d'un patient peut-il constituer un fondement du souci éthique ?

Pour cette médiation en particulier, je me suis imposé une posture ferme pour maintenir une fidélité stricte à la communication éthique, à savoir une communication qui vise l'expression du «bon» énoncé par les personnes en présence. Mon rôle aura été d'aider à faire émerger les valeurs et désirs de chacun sans les hiérarchiser et ce dans un climat de confiance réciproque.

L'alliance nécessaire au soin

Dans le cas de la mise en observation, la contrainte d'hospitalisation concerne à la fois le patient mais aussi les soignants. On pense aisément à l'inconfort de ces patients (à juste titre) et moins de celui de ceux qui les accueillent. Pourtant, **soigner celui qui vous rejette** est une tâche très délicate. L'établissement de la relation de soins nécessite de créer du lien, de la confiance, une alliance. Sur quoi fonder ce lien si le patient ne vous demande aucun soin ?

Une des façons d'approcher le patient est de rechercher d'autres demandes, concernant le quotidien en institution ou l'après hospitalisation. L'équipe de soins tente alors de soutenir l'autonomisation du patient en lui laissant des **espaces de liberté** de choix qu'ils soient petits ou importants. Dans le cas particulier de Harold, l'équipe a soutenu son projet de vie en mettant en place l'accompagnement nécessaire à sa concrétisation. Le maintien au domicile familial a donc été organisé à la demande du patient et avec l'accord de la famille. La pertinence de cette cohabitation a été régulièrement questionnée au vu de la répétition des épisodes de violence. Mais le **droit à l'autodétermination**⁴ du patient et de son entourage a été privilégié.

Le devoir moral d'une mère

Lors des échanges que j'ai pu avoir avec la famille, j'ai senti que la mobilisation de ses membres dans le soin de Harold allait au-delà du geste d'amour. Ce qui a motivé tous les sacrifices de cette maman (la dernière à encore s'impliquer) est son sens du **devoir moral**⁵. Elle agit avec détermination vers un objectif souhaitable (solidarité envers le proche malade), qu'elle pense absolu. Ainsi, au fur et à mesure qu'augmente la violence de Harold, il n'a jamais été question pour elle de revenir sur ses choix d'aide (en termes de logement, tâches domestiques, finances, démarches administratives, soutien émotionnel, ...) Peu lui importe les menaces pour sa sécurité, le déclin de sa santé, les difficultés financières.

La solidarité envers un membre du clan reste une valeur supérieure à protéger à tout prix et constitue un socle du fonctionnement familial. Ainsi Harold considère comme acquis l'engagement de sa mère à son égard. Au fur et à mesure que s'érode la vitalité du soutien et qu'émergent les plaintes et reproches, il ressent une frustration intense de pas recevoir de réponse à ses besoins de soin, d'aide et d'attention. Il perçoit la contrainte d'hospitalisation comme une forme de punition à ses débordements de violence. Cet « emprisonnement » est donc un passage obligé pour « expier » sa faute avant de pouvoir réintégrer le domicile familial.

4. Le droit à l'autodétermination confère à chaque individu le pouvoir de poser des choix selon ses propres aspirations personnelles. Cette liberté induit l'attente du respect de ces choix par les autres.

5. Selon la philosophie morale de Kant, l'impératif catégorique renvoie vers l'action qui doit être réalisée inconditionnellement (sans chercher à atteindre des objectifs particuliers) par devoir moral. L'action portée n'est pas à juger non pas en fonction des risques/conséquences mais bien en fonction de l'intention : si la motivation est bonne, l'action sera jugée moralement bonne de façon absolue.

Il formulera d'ailleurs à un moment qu'il n'a jamais conçu qu'il puisse se construire autrement qu'au travers d'une dépendance familiale. Et c'est là une réalité terrifiante à laquelle il n'arrive pas à se confronter.

Quant à la fratrie, si dans un premier temps elle s'est engagée collectivement pour soutenir Harold, selon le modèle du devoir de la mère, elle a choisi de rompre le lien lors de la dernière crise. L'inquiétude pour l'état de santé de la mère génère un sentiment de devoir moral envers celle qui est devenue la cible répétée de violence. Le terme de "**sacrifice**" reviendra à plusieurs reprises pour justifier la manière dont ils ont cherché à résoudre leur **conflit de loyauté**. Parfois, malgré l'apparence de détachement vis-à-vis de leur frère, ils ont laissé transparaître des sentiments de culpabilité ou de honte. Mais à chaque fois, ils sont écartés car jugés "dérisoires" comparés aux difficultés de la mère... une autre forme de sacrifice.

Le recours au corps social

Le fonctionnement familial figé autour de « son devoir moral envers le malade » a certainement empêché les différents acteurs d'aide et de soins de saisir la terreur de la maman qui ne pouvait pas « dire sans trahir ». En outre, la culpabilité liée aux demandes de mise en observation (renforcée par l'attitude de Harold) a généré des **attitudes compensatoires** durant l'hospitalisation. C'est ainsi que toute l'équipe a pu observer une famille surinvestie dans le processus de soin : présence aux rendez-vous, aux audiences, en visite,... Les professionnels ont toujours su trouver un relais pour accomplir les tâches administratives. Aucun membre de l'entourage ne s'est positionné autrement que le patient. En bref, les indicateurs habituels du « bon réseau social » étaient au vert. Il n'y avait pas d'éléments suffisants pour refuser au patient ce choix de lieu de vie et donc de d'aller à l'encontre de son droit à l'autodétermination.

Dans cette dynamique bercée d'illusion, seul l'intervention de la justice a permis de faire converger les curseurs moraux. La violence physique a joué comme une alerte efficace, où la moralité intrinsèque de la famille et l'éthique des soignants se sont accordées avec les valeurs communes du Droit. La justesse du **recours aux institutions de la Cité** (police, Juge et hôpital dans le cas d'une mise en observation) en cas d'atteinte à l'intégrité physique est apparue comme un socle commun évident pour l'ensemble des protagonistes. La question que j'ai soulignée durant la médiation a été de savoir s'il était possible pour les personnes engagées dans la médiation d'envisager la fin de la cohabitation autrement qu'au travers d'un recours aux institutions. Ou pour le formuler autrement : **Est-il possible de se séparer en dialoguant plutôt que d'imposer une rupture via une radiation à la commune ?**

La médiation comme carrefour éthique

Comment définir ce qui est le bon, le mieux voire le meilleur ? Je ne doute pas que les lecteurs de ce carnet puissent avoir un avis sur la justesse des postures respectives exposées (la mienne, celle du patient, du frère, de la mère, de l'équipe). Je dois toutefois admettre que mon expérience professionnelle m'a appris à me méfier autant des approches totalitaires que des tièdes compromis : la singularité de ces situations où se mêlent fragilité et souffrance crée un contexte

propice aux non-dits, abus ou négligence. Il devient alors difficile de **savoir avec certitude** ce qu'il convient de faire dans l'intérêt du patient sans sacrifier celui d'autres acteurs sociaux. Dans la situation exposée, le processus de médiation a permis à chacun de verbaliser leurs croyances, injonctions et valeurs. Il ressort que derrière le relativisme moral apparent, il y a une mise en perspective de l'action dans un contexte social : l'idée que l'on se fait du soin, du rôle d'une famille, du rappel de la Loi,... autant d'éléments qui constituent une sorte de **conscience morale générale**. Et toutes les parties impliquées dans la médiation ont su trouver un socle commun pour déposer leurs limites propres et attentes envers l'Autre.

Finalement, et de façon assez rare, la médiation est allée au delà de ses objectifs en assainissant les relations : déculpabilisation des uns, nouvelles missions thérapeutiques pour d'autres, nouveau projet de vie pour le patient. Victor me glissera en fin d'entretien de clôture : « *j'ai toujours eu l'impression que les infirmiers travaillent comme des robots. Mais en fait, non, ils sont simplement humains* ».

J'y vois là une facette de vérité : **ce qui humanise le soin ce n'est pas de se voir imposer par les autres les bons ou mauvais soins, mais le partage d'une réflexion pour y donner du sens.**