

Rapport d'activité 2020

**ESPACE
DE MEDIATION**
entre patients, proches & professionnels
— Restaurer le dialogue



TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	4
1. L'ESPACE DE MÉDIATION ENTRE PATIENTS, PROCHES & PROFESSIONNELS - RESTAURER LE DIALOGUE	5
Grâce à un nouveau nom, l'ancien Espace Patients & Proches précise sa mission	5
Un espace pour qui ?	5
<i>Les demandes des patientes, patients et proches</i>	5
<i>Les demandes des professionnelles et professionnels</i>	6
<i>Un nom qui reflète un équilibre</i>	6
La médiation	6
<i>Les rencontres en médiation</i>	6
<i>Les médiatrices et le médiateur</i>	7
La vocation de l'espace de médiation	7
2. LES SOLLICITATIONS DE 2020 EN CHIFFRES	9
L'activité	9
Tableau 1 – Comparatif des données 2016-2020.....	10
Les demandes	12
<i>Comment nous solliciter et par quels moyens nous communiquons</i>	12
<i>Qui nous sollicite ?</i>	12
<i>Quel type de prise en charge est concerné par les demandes ?</i>	13
<i>Le genre et l'âge des patientes, patients et proches</i>	13
Les doléances.....	14
<i>Les doléances : qu'est-ce qui est problématique dans le dialogue entre patientes, patients, proches, professionnelles et professionnels ?</i>	14
Tableau 2 – Le détail des doléances de 2016 à 2020	16
Le suivi et les suites données	17
<i>Les suites données</i>	18
<i>Durée du suivi et lien avec la complexité des situations</i>	18
Les demandes qui donnent lieu à une rencontre de médiation : quelles caractéristiques ?	20
<i>Les doléances qui conduisent à des médiations</i>	20
Tableau 3 – Doléances des patientes, patients et proches qui donnent lieu à des rencontres de médiation	21
<i>Progression des médiations à la demande des professionnelles et professionnels du CHUV</i>	22
3. LES SOLLICITATIONS DE L'ESPACE DE MÉDIATION PAR LES PROFESSIONNELLES ET PROFESSIONNELS DU CHUV	23
Demandes d'informations diverses sans lien avec la médiation.....	23
Demandes de conseil ou d'intervention pour des conflits entre professionnelles ou professionnels	24
Demandes de conseil pour des situations conflictuelles avec des patientes, patients ou proches.....	25



Demandes d'intervention dans des conflits entre usagères ou usagers et professionnelles ou professionnels	28
4. LES ACTIVITÉS - MISE À DISPOSITION DES INFORMATIONS RECUEILLIES	31
Restitution de données et présentation de nos activités.....	31
Collaborations et rencontres	32
Enseignement	33
Formations reçues	34
Autres événements : l'équipe de médiation	34
5. LE CONTEXTE ET L'IMPACT DU COVID-19 SUR NOTRE ACTIVITÉ EN 2020	35
Réorientation interne de notre activité	35
La nature des demandes et des doléances teintées par le contexte du COVID-19	35
CONCLUSION	38



INTRODUCTION

L'année 2020 a constitué pour notre équipe une année de changements, du fait de la pandémie de COVID-19 bien entendu, mais pas uniquement. Ces changements sont aussi le témoin de la vitalité de notre espace. Une entité vivante se caractérise en effet par le fait qu'elle puise de la matière et de l'énergie dans son environnement, génère un matériau transformé, se reproduit, détecte et réagit aux changements dans son environnement¹.

En réaction à l'environnement institutionnel et sociétal qui a radicalement et rapidement changé avec le début de la pandémie, l'équipe de médiation a redéployé ses forces et ses compétences d'écoute et de facilitation du dialogue, en apportant son soutien aux collaboratrices et collaborateurs et à l'institution en crise. La **cinquième partie** de ce rapport décrit les activités déployées entre les mois de mars et juin 2020.

Par ailleurs, ainsi que développé dans la **première partie** de ce rapport, l'Espace jusqu'ici nommé Patients & Proches précise sa mission en se renommant. Le nouveau nom « Espace de médiation entre patients, proches & professionnels » souligne en effet l'engagement des médiatrices et du médiateur auprès de toutes les personnes concernées par un conflit lors d'une prise en charge au CHUV, que ce soit les patientes, les patients, les proches ou le personnel médico-soignant, et met le focus sur l'activité de médiation qui vise la résolution des différends par le dialogue.

Le changement de nom a aussi été l'occasion d'explorer les sollicitations de notre espace par les professionnelles et professionnels, analyse qui fait l'objet de la **troisième partie** de ce rapport.

L'équipe de médiation puise sa substance dans les récits des patientes, patients, proches, professionnelles et professionnels qui la sollicitent de façon à nourrir la réflexion tant individuelle que collective des personnes concernées mais aussi des instances dirigeantes de l'institution. La rédaction et la diffusion de notre rapport annuel – dont la **deuxième partie** donne un aperçu des sollicitations reçues et de leur traitement durant l'année 2020 et la **quatrième partie** rend compte des restitutions aux services et directions de l'institution ainsi que des contributions aux enseignements destinés aux collaboratrices, collaborateurs, futures professionnelles et futurs professionnels de la santé – sont autant de manières de faire fructifier ce matériau dans une perspective constructive.

¹ Définition d'un organisme vivant selon <https://edu.ge.ch/moodle/mod/book/view.php?id=40172>

1. L'ESPACE DE MÉDIATION ENTRE PATIENTS, PROCHES & PROFESSIONNELS - RESTAURER LE DIALOGUE

Grâce à un nouveau nom, l'ancien Espace Patients & Proches précise sa mission

La relation entre le personnel soignant, les personnes soignées et leurs proches nécessite de la confiance. Quand celle-ci est mise à mal, l'équipe de médiation offre aux personnes en conflit un lieu sécurisé. L'Espace de médiation entre patients, proches & professionnels (EMP) permet à chacune et chacun de parler de ce qui ne va pas dans le cadre de la prise en charge, de renouer le dialogue et, si possible, de tisser un lien de confiance.

Grâce à cette nouvelle identité, les médiatrices et le médiateur mettent en évidence leur activité de médiation, qui consiste à favoriser le dialogue entre les patientes, les patients ou leurs proches, et les professionnelles et professionnels de la santé qui les accueillent au CHUV. Elles et il soulignent également leur engagement auprès de toutes les parties rencontrant un conflit dans le contexte d'une prise en charge, qu'il s'agisse des usagères et usagers du CHUV ou des collaboratrices et collaborateurs qui y travaillent.

Un espace pour qui ?

Patientes, patients et proches

Vous êtes soigné-e au CHUV ou proche d'une personne qui l'est et vous faites face à une situation tendue ou à un différend avec une professionnelle ou un professionnel de la santé ou une équipe ? Si vous n'avez pas pu trouver de solutions en parlant de vos difficultés avec l'équipe médico-infirmière ou administrative impliquée, vous pouvez faire appel à une médiatrice ou un médiateur.

Professionnelles et professionnels de la santé

Vous travaillez au CHUV et vous ou votre équipe êtes en conflit avec une patiente, un patient ou ses proches ? Si vous n'avez pas pu trouver une solution en parlant de vos difficultés avec ces personnes, en équipe, avec l'aide de votre supérieure ou supérieur hiérarchique, voire votre cheffe ou chef de service, vous pouvez faire appel à une médiatrice ou un médiateur.

Les demandes des patientes, patients et proches

Certaines personnes se contentent de déposer leur expérience lors d'un entretien unique, demandent conseil avant de retourner parler aux équipes soignantes ou ont besoin d'une orientation au sein de l'hôpital, voire du réseau de soins. Dans près de la moitié des situations ouvertes sur demande de patientes ou patients et de proches, les médiatrices et le médiateur n'ont aucun contact avec le personnel de l'hôpital. Elles et il accompagnent les patientes, les patients et les proches en difficulté, les aident à identifier leurs principaux besoins et les encouragent à les exprimer au bon endroit et de manière constructive.

D'autres personnes choisissent la plainte juridique et l'investigation officielle, ce qui n'est pas du ressort de l'Espace de médiation. Les médiatrices et le médiateur les réorientent alors vers la Direction générale, auprès de l'Unité des affaires juridiques.



Les demandes des professionnelles et professionnels

Lorsque des professionnelles ou professionnels sollicitent l'équipe de médiation pour évoquer des relations difficiles avec des patientes, des patients ou des proches, celle-ci n'a pas forcément de contact avec les usagères et usagers, et propose aux professionnelles et professionnels le même travail d'écoute, d'orientation et de soutien à l'autonomie qu'aux patientes, aux patients et à leurs proches.

Un nom qui reflète un équilibre

Patientes ou patients (46%) et proches (38%) s'adressent facilement à l'équipe de médiation. Les professionnelles et professionnels ont aussi la possibilité de solliciter les médiatrices et le médiateur, qu'elles et ils travaillent au CHUV (12%) ou fassent partie du réseau de santé hors de l'hôpital universitaire (4%). Il était naturel de refléter cette réalité dans le nom de notre structure, au vu du nombre croissant de professionnelles et professionnels qui sollicitent cet espace (cf. chapitre dédié aux statistiques, pages 9 ss).

Un professionnel de la santé

« J'ai trouvé le processus de médiation intéressant, et cela permet justement de désamorcer un peu des tensions de manière bilatérale. [...] Selon la situation, nous reviendrons vers vous. Pour nous, cela a été très bénéfique de pouvoir exprimer notre ressenti. La médecine et les situations se complexifient grandement, donc votre action est très utile. »

Les médiatrices et le médiateur soulignent ainsi leur engagement auprès de toutes les parties rencontrant un conflit dans le contexte d'une prise en charge, qu'il s'agisse des usagères ou usagers du CHUV ou des collaboratrices et collaborateurs qui y travaillent. Elles et il mettent également en évidence leur activité de médiation, qui consiste à favoriser le dialogue entre les patientes et patients ou leur famille d'une part, et les professionnelles et professionnels de la santé d'autre part.

La médiation

Les rencontres en médiation

Cet espace offre la possibilité d'une rencontre en face-à-face pour les personnes en situation de conflit. Une minorité de patientes, patients et proches souhaitent dialoguer à propos d'une expérience difficile avec les professionnelles ou professionnels qui les ont suivi-e-s au CHUV. Ces personnes s'engagent alors dans un processus accompagné par une médiatrice ou un médiateur. Cette approche privilégie la rencontre entre des personnes qui veulent parler de leurs difficultés et de leurs liens dans un esprit de coopération.

Dans la mesure du possible, les solutions sont construites par les patientes, les patients, les proches, les professionnelles et professionnels directement impliqué-e-s dans le conflit, dans un cadre tenu par une médiatrice ou un médiateur et qui tient compte du contexte et des objectifs de chacune et chacun. Les personnes impliquées dans le conflit font le choix de participer à cette rencontre. Elles peuvent y renoncer, tout comme la médiatrice ou le médiateur si elle ou il estime que les conditions au dialogue ne sont pas réunies.

Les spécialistes de la gestion de conflits conseillent ou accompagnent les équipes qui le souhaitent dans le processus de médiation, tout comme les patientes et les patients ou leurs proches. Cela implique la

préparation et la gestion de rencontres potentiellement conflictuelles avec les patientes, les patients ou leurs proches.

Une professionnelle de la santé

« Merci beaucoup pour vos conseils. On se dit que ça ne sert à rien de vous appeler, qu'on se débrouille bien tout seul et en même temps ça m'a fait du bien de parler avec vous, j'ai pu me préparer et ça m'a bien aidée. Au début de l'entretien, monsieur m'agressait, je trouvais ça injuste et j'ai eu envie de mettre fin à la discussion. Mais je suis restée à les écouter puis les choses se sont apaisées. Merci. J'espère ne plus trop avoir affaire à vous, mais c'est bien utile (rires). »

Lorsque les médiatrices et le médiateur ne peuvent pas répondre aux requêtes des personnes qui les sollicitent, elles ou il les informent à propos des ressources alternatives qui existent.

Les médiatrices et le médiateur

Formée à la gestion des conflits, les médiatrices et le médiateur sont des tiers neutres extérieurs au conflit. Les rencontres ont lieu sur une base volontaire et les parties sont libres de refuser l'invitation des médiatrices et du médiateur ou d'interrompre le processus à tout moment. Les entretiens sont confidentiels et gratuits.

Si la médiatrice ou le médiateur est responsable du processus, elle ou il n'est pas garant-e de la solution et ne détient pas de pouvoir décisionnel ou consultatif sur le contenu. Elle ou il travaille dans un espace confidentiel et de façon indépendante et autonome au sein de l'institution qui l'abrite.

L'autorité de la médiatrice ou du médiateur est celle que les personnes participantes lui octroient, sur la base de la confiance qui s'est construite entre elles et eux. C'est grâce à cette légitimité que la médiatrice ou le médiateur peut veiller au respect du processus de médiation en instaurant un cadre dont elle ou il est garant-e.

La vocation de l'espace de médiation

La médiation est une démarche volontaire entreprise par une ou plusieurs personnes qui souhaitent travailler sur leurs liens, dans l'optique de construire de meilleures relations. Dans près de la moitié des cas, l'équipe de médiation n'a toutefois pas besoin de prendre contact avec les autres parties concernées par les difficultés. Elle accompagne patientes, patients, proches, professionnelles ou professionnels en les soutenant dans l'identification de leurs besoins et dans la définition du chemin qui leur convient pour les exprimer de manière constructive auprès des interlocutrices et interlocuteurs concerné-e-s.

Un patient

« Chez vous, j'ai trouvé une écoute, un endroit neutre où j'ai pu discuter ouvertement de mes soucis physiques et surtout trouver avec vous des pistes pour parer à ces problèmes. Vous m'avez beaucoup aidé, être considéré fut salvateur. »

Ce lieu est donc loin du « bureau d'enregistrement des plaintes », auquel l'Espace Patients & Proches a parfois été associé, puisque les médiatrices et le médiateur ne sont ni porte-parole, ni arbitres ou juges chargé-e-s de prononcer des sanctions. Le changement du nom de ce lieu rend mieux compte de la dynamique qui est déployée dans cet espace de rencontre.



Pour accompagner cette démarche, la médiatrice ou le médiateur considère toutes les personnes impliquées dans une situation. Alors que ces dernières se positionnent les unes contre les autres, elle ou il soutient chacune et chacun. Ce travail de compréhension et d'alliance est effectué avec toutes les parties au conflit, patientes, patients, proches, professionnelles et professionnels. C'est l'un des principes de la médiation, qui cherche à restaurer le lien de confiance entre les parties au conflit. Cela suppose, pour celles et ceux qui s'engagent dans ce processus, un engagement : celui de se mettre en position d'appréhender la réalité de l'autre.



2. LES SOLLICITATIONS DE 2020 EN CHIFFRES

Depuis son ouverture en 2012 et jusqu'au 31 décembre 2020, l'Espace Patients & Proches a traité 4317 demandes, dont 452 en 2020. Nous le verrons dans les sections qui suivent : la pandémie de COVID-19 a eu un impact sur notre activité et une certaine influence sur les demandes reçues en 2020. La pandémie étant toujours en cours à l'heure où nous écrivons ces lignes, notre analyse de son impact doit encore être complétée. Une section spécifique sur l'impact du coronavirus se trouve en page 35.

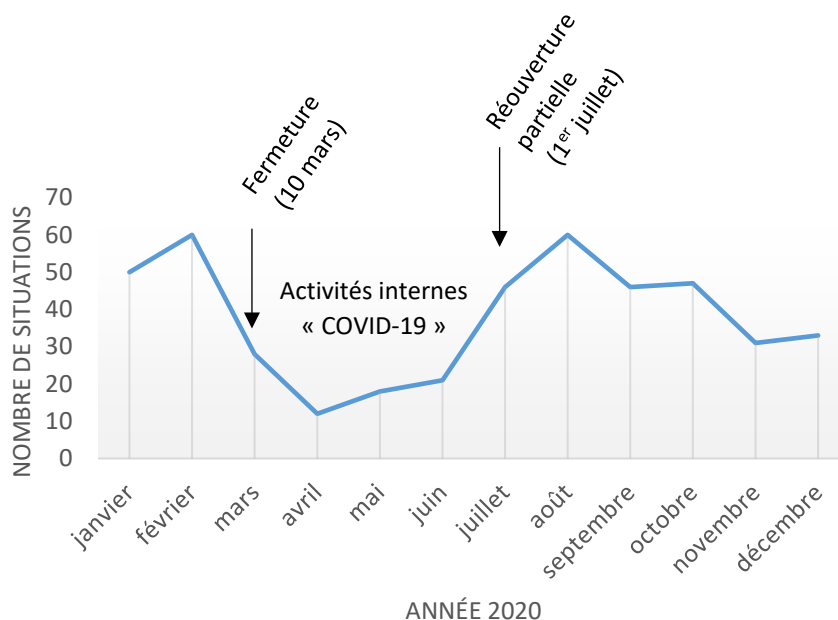
Dans les paragraphes qui suivent, nous décrivons notre activité en analysant quelques chiffres concernant les demandes reçues, les doléances identifiées et les suites données aux sollicitations. Nous analysons aussi de plus près des chiffres relatifs aux rencontres de médiation.

Le Tableau 1 montre un comparatif chiffré des 5 dernières années, entre 2016 et 2020. Nous nous référons à ce tableau au fil du descriptif des chiffres de 2020.

L'activité

Notre activité a été modulée au cours de 2020 en fonction de la situation pandémique et des restrictions sanitaires, notamment en ce qui concerne les jours d'ouverture de notre espace de médiation². Nous avons interrompu notre activité habituelle le 10 mars afin de soutenir le personnel exposé à la gestion de la pandémie. Une fois la première vague de COVID-19 passée, nous avons rouvert notre espace le 1^{er} juillet, d'abord partiellement : il était possible de nous solliciter par téléphone (boîte vocale), par courriel ou par courrier, mais les entretiens en face-à-face ont eu lieu uniquement sur rendez-vous, et non plus lors de permanences sans rendez-vous.

Tenant compte de cette fermeture durant un tiers de l'année, nous avons comptabilisé 119 jours d'ouverture, un chiffre inférieur aux années précédentes (Tableau 1, ligne A). La moyenne des demandes par jour d'ouverture reste cependant stable comparée aux années précédentes, avec 3,8 nouvelles demandes par jour ouvert.



² La section 5 en page 35 reprend divers éléments qui illustrent l'impact que la pandémie de COVID-19 a eu sur notre activité et sur les demandes parvenues en 2020 à l'Espace de médiation.

Tableau 1 – Comparatif des données 2016-2020

A	Activité	2016	2017	2018	2019	2020
	Nombre de demandes	540	544	585	639	452
	Nombre de permanences	230	226	166	170	119
	Nombre de situations par jour d'ouverture	2,3	2,4	3,5	3,8	3,8
B	Traitement des demandes en %					
	Entretien en face-à-face	51	50	46	47	24
	Par téléphone	42	38	43	44	64
	Par écrit	7	12	11	9	12
C	Demandeuses et demandeurs					
	Patientes ou patients	54	51	56	53	46
	Proches	35	36	33	33	38
	Professionnelles ou professionnels	11	13	11	14	16
	Nombre de demandes de la part d'une personne <i>vulnérable</i> ³	123	96	82	93	45
	Demandes <i>vulnérables</i> en %	23	18	14	15	10
D	Prise en charge au moment de la doléance en %					
	Hospitalisation	49	50	48	47	55
	Ambulatoire	46	44	49	48	42
	Autre	5	6	3	5	3
E	Domaine visé par la doléance en %					
	Médical	43	40	46	42	42
	Administratif	22	13	15	16	13
	Soins	11	12	11	12	12
	Autre ⁴	5	8	5	8	8
	Non applicable ⁵	19	26	23	22	25

³ Catégorie de personnes qui présentent une fragilité psychosociale et/ou qui sont en conflit chronique avec le CHUV.

⁴ Cette catégorie recouvre tous les autres domaines : hôtellerie, infrastructures, etc.

⁵ Concerne les situations sans doléances imputées, par exemple les demandes de conseil ou questions d'ordre général ainsi que les demandes émanant des professionnelles et professionnels.

F	Types de doléances (sous-catégories) en %	2016	2017	2018	2019	2020
		n = 967	n = 941	n = 1028	n = 1095	n = 747
	Communication	27	28	26	25	25
	Egards et attention	10	9	9	10	12
	Droits des patientes et patients	7	6	5	5	9
	Gestion et infrastructures	16	13	16	17	12
	Accès et attente	13	16	15	14	13
	Qualité de la prise en charge	14	15	13	15	12
	Sécurité	13	13	16	14	17
G	Types de suites ⁶ en %	n = 600	n = 638	n = 710	n = 788	n = 570
	Aucune suite (écoute seule)	34	38	36	38	45
	Réorientation externe	5	4	5	4	5
	Réorientation interne	10	13	16	16	18
	Transmission d'informations recueillies	22	24	16	17	13
	Remise en lien	21	15	17	17	12
	Médiation	8	7	10	8	7
H	Contact avec le service concerné en %	n = 540	n = 544	n = 584	n = 639	
	Sans contact	32	32	33	33	34
	Avec contact	49	42	44	45	41
	Non applicable	19	26	23	22	25
I	Demande par durée de traitement en %					
	1 à 7 jours	55	58	49	50	50
	8 à 30 jours	22	19	21	23	22
	1 à 6 mois	21	19	27	21	26
	Plus de 6 mois	1	1	2	1	2
	En cours	1	3	1	5	4
J	Temps effectif de traitement ⁷ en %					
	1 heure	34	39	30	34	37
	1 à 2 heures	35	31	34	34	33
	2 à 5 heures	25	25	28	27	22
	5 à 10 heures	4	3	4	3	5
	Plus de 10 heures	2	2	4	2	3

⁶ A l'exception de la solution « aucune suite », une situation peut donner lieu à plusieurs suites : la médiatrice ou le médiateur peut, par exemple, « remettre en lien » une patiente, un patient ou ses proches avec un service clinique pour un aspect du problème (information, relationnel) et en même temps effectuer une « réorientation interne » vers l'Unité des affaires juridiques pour un autre aspect (demande d'indemnisation par exemple).

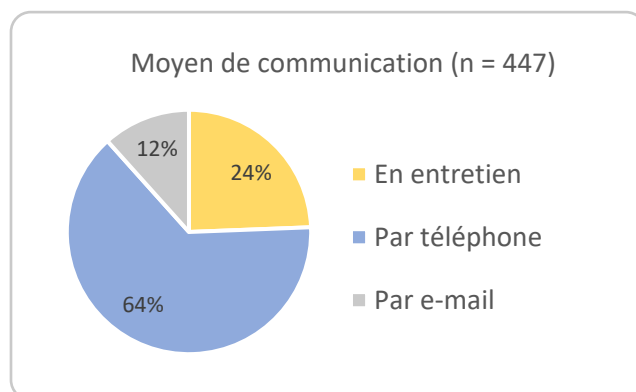
⁷ Est comptabilisé ici le temps effectif dédié au traitement des situations (entretiens téléphoniques ou en face-à-face, recherche d'informations, etc.). Le travail de documentation n'est pas inclus dans ce décompte.

Les demandes

Comment nous solliciter et par quels moyens nous communiquons

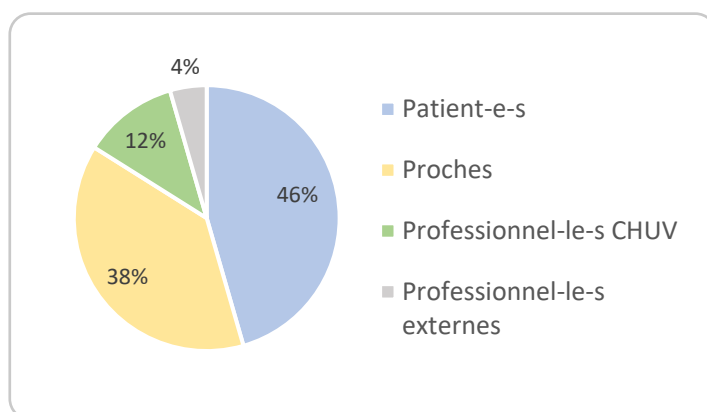
Notre équipe peut être sollicitée par un message laissé sur notre répondeur téléphonique, par courriel ou par courrier. Nous traitons les situations par écrit (courriel ou courrier), par téléphone ou en entretien face à face. La nature de notre métier, qui a pour cible la relation, nous amène à promouvoir l'entretien présentiel autant que possible. Dans la pratique et en fonction des disponibilités et de la facilité des interlocutrices et interlocuteurs à se déplacer, nous gardons une forme de souplesse. Le téléphone reste donc souvent le moyen le plus utilisé, notamment cette année, au vu des restrictions sanitaires.

En effet, alors que la proportion de demandes traitées par écrit reste stable ces dernières années (Tableau 1, ligne B), les restrictions sanitaires ont eu pour conséquence l'augmentation du traitement des demandes par téléphone (64%) au détriment de l'entretien en vis-à-vis (24%).



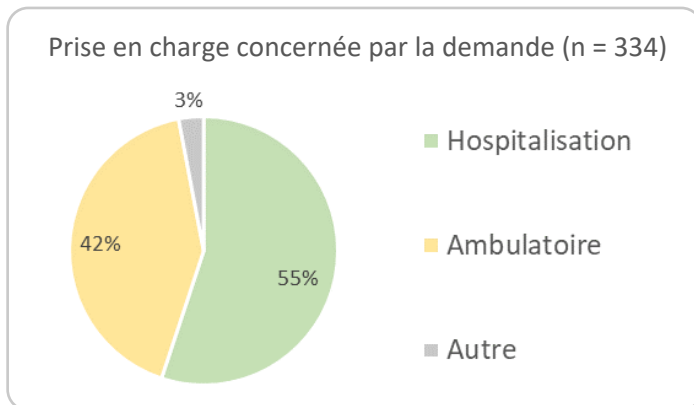
Qui nous sollicite ?

Notre expertise et spécificité porte sur le dialogue entre le personnel de la santé et les patientes ou patients et leurs proches, à l'interface de la relation entre personnes soignantes et soignées. Au fil des dernières années, nous constatons une proportion relativement stable du type de demandeuses ou demandeurs, les patientes et patients étant majoritaires (46%), suivi-e-s des proches, dont la proportion des demandes augmente à 38% (33% en 2019), et en minorité les professionnelles et professionnels (Tableau 1, ligne C). Tout comme les demandes des proches, celles des professionnelles et professionnels progressent, atteignant 16% en 2020 (14% en 2019), dont 12% de collaboratrices et collaborateurs du CHUV. Notre monitoring ne permet pas d'enregistrer les éventuelles doléances des professionnelles et professionnels. Cependant, nous vous proposons ci-après une analyse plus détaillée du type de sollicitations qui proviennent de ces professionnelles et professionnels de la santé (cf. p. 23).



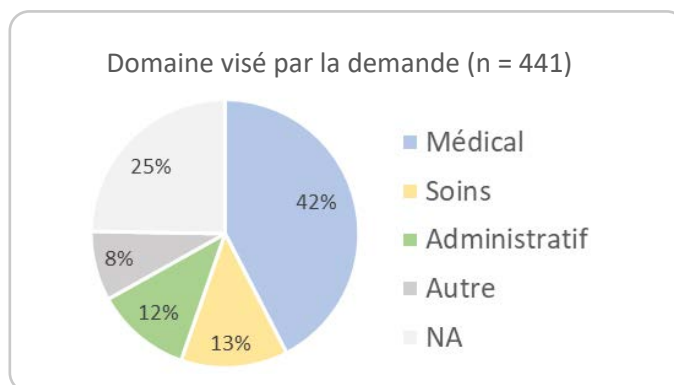
Quel type de prise en charge est concerné par les demandes ?

Patientes, patients et proches se plaignent en majorité de situations concernant les hospitalisations (55%) et dans 42% des cas de suivis en ambulatoire. Quelques demandes (3%) ne concernent pas de prises en charge en particulier (renseignements divers).



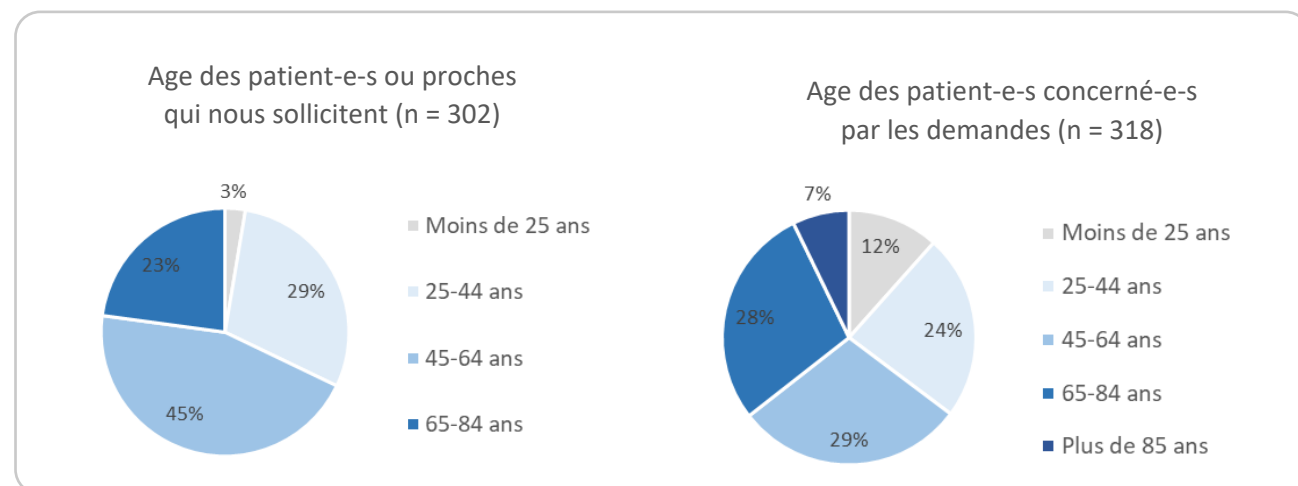
Nous observons un écart entre le secteur des hospitalisations (55%), nettement plus concerné que l'ambulatoire (42%, cf. Tableau 1, ligne D) par les doléances formulées à l'Espace de médiation. Dans la section « COVID-19 », nous verrons également que la pandémie a mobilisé davantage les proches, surtout au sujet des hospitalisations (page35).

Les demandes peuvent toucher à divers domaines, comme le médical, les soins, l'administratif voire l'hôtellerie et les infrastructures. La répartition des demandes à travers ces domaines reste stable en 2020 (Tableau 1, ligne E), avec 42% dans le médical, 13% dans les soins, 12% dans l'administratif et 8% dans la catégorie « Autre ».



Le genre et l'âge des patientes, patients et proches

Dans le public des patientes, patients et proches qui nous sollicitent, la prise de contact émane plus souvent des femmes (59%) que des hommes (41%). L'âge de ce public est majoritairement compris entre 25 et 84 ans, dont une majorité entre 65 et 84 ans (45%). Seuls 3% concernent des personnes de moins de 25 ans, et aucune demande ne provient de personnes âgées de plus de 84 ans. L'âge des patientes et patients concerné-e-s par les demandes est variable, mais se situe plutôt dans les trois catégories intermédiaires (de 25 à 84 ans), dans des proportions équivalentes.



Les doléances

Pour quelles raisons notre équipe de médiation est-elle sollicitée ? La diversité des situations que vivent les personnes qui font appel à nous est vaste. Alors que chaque situation est singulière, des tendances peuvent être remarquées dans l'analyse globale des situations.

Les personnes qui nous sollicitent se trouvent dans un conflit ou éprouvent une insatisfaction. Lors d'un premier entretien, nous faisons le tour de la situation et nous explorons ensemble leur demande. Nous travaillons d'une part sur les difficultés rapportées dans la relation entre personnes soignantes et soignées, et d'autre part sur les motivations à faire appel à l'Espace de médiation. Nous prêtons une grande attention à la souffrance relationnelle entre les patientes, patients ou proches et le personnel médico-soignant, et identifions des doléances. Ensuite, nous encourageons les patientes, patients ou proches à entreprendre des démarches dans le but d'aborder voire de débloquer le conflit.

Les doléances : qu'est-ce qui est problématique dans le dialogue entre patientes, patients, proches, professionnelles et professionnels ?

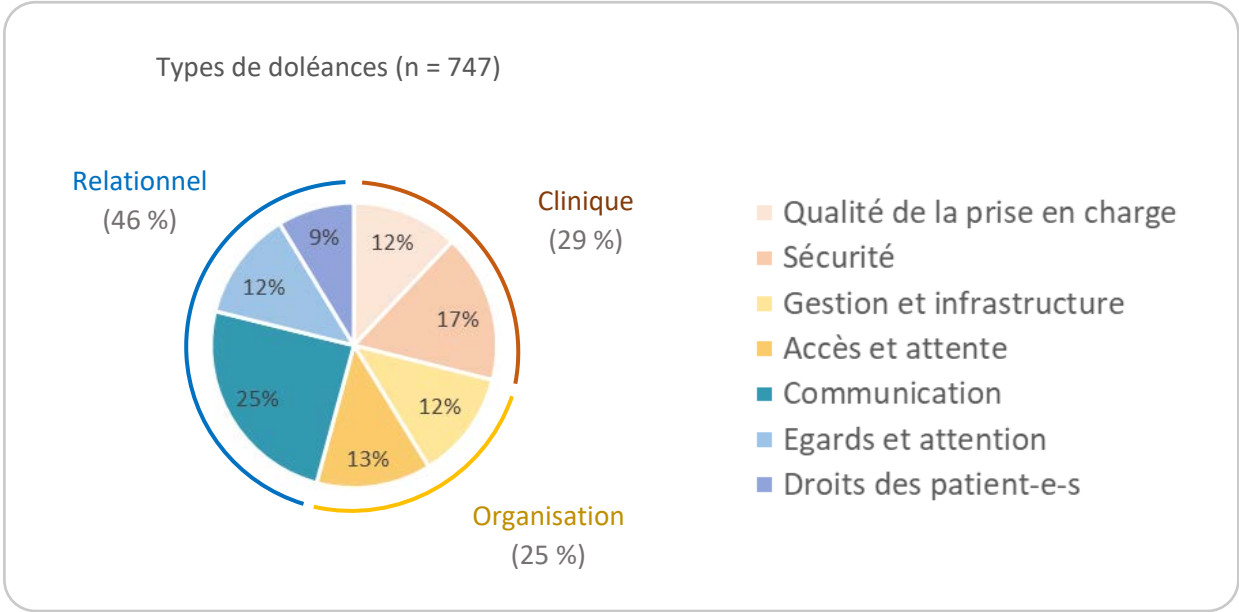
Notre champ d'action est le conflit et notre travail porte sur le dialogue entre patientes, patients ou proches et professionnelles ou professionnels, et notamment sur ce qui se joue dans celui-ci et qui l'empêche : des blocages, des manques (empathie, intérêt, considération, disponibilité), de l'indifférence, des blessures. Une constante dans notre activité est de démêler, discerner et identifier les « doléances » de celles et ceux qui nous sollicitent.

Bien que chaque situation soit unique, les difficultés dans la relation entre personnes soignantes et soignées peuvent être décrites en fonction de catégories et de types de doléances. Depuis 2016, nous utilisons une catégorisation basée sur une revue systématique des plaintes des patientes, patients et proches, publiée dans la revue *British Medical Journal*⁸. Cette catégorisation identifie 28 types de doléances, réparties en 3 grandes catégories : « Clinique », « Organisation » et « Relationnel », avec diverses sous-catégories (Tableau 2). Le plus souvent, nous identifions plusieurs doléances par demande, avec généralement des doléances dans les catégories « Clinique » ou « Organisation » combinées à des doléances dans le domaine « Relationnel ».

La répartition des doléances entre les différentes catégories reste stable en 2020 (Tableau 1, ligne F), avec toujours le relationnel en tête (46%), puis le domaine clinique (29%) et l'organisation (25%).

Globalement, le profil des doléances les plus fréquentes reste remarquablement semblable d'année en année (Tableau 2). Nous trouvons des doléances fréquentes dans toutes les sous-catégories, relativement moins dans la sous-catégorie « Droits des patientes et patients ».

⁸ Tom W. Reader, Alex Gillespie, Jane Roberts, « Patient complaints in healthcare systems: a systematic review and coding taxonomy », *British Medical Journal Quality & Safety* (2014) doi:10.1136/bmjqs-2013-002437.



Les doléances qui touchent à la communication ainsi qu'aux égards et à l'attention portée à la relation sont celles le plus souvent rapportées, comme l'indique les doléances « Egards, empathie, respect et dignité » (11%) et « communication déficiente » (10%), dans une proportion relativement plus élevée en 2020 par rapport aux années précédentes. Cette observation est peut-être en lien avec le COVID-19 (nous y reviendrons en page 35). Toujours dans le domaine relationnel, les doléances les plus fréquentes sont aussi recensées dans la « Relation entre la patiente ou le patient et l'équipe » (8%) et dans « Information » (6%). Dans l'organisation, les trois doléances les plus fréquentes concernent « Administratif » (7%), « Attente et disponibilité » (5%) et « Accès à l'hôpital et au personnel de la santé » (4%).

Dans la catégorie « Clinique », comme les années précédentes, les doléances sont réparties entre les sous-catégories « Qualité de la prise en charge » et « Sécurité », avec en tête les doléances « Qualité des soins » (6%), « Coordination de la prise en charge » (5%), « Compétence et conduite » (5%), « Complication et incident » (5%), puis « Diagnostique » (4%).

Tableau 2 – Le détail des doléances de 2016 à 2020

Catégories de doléances		Doléances	2016	2017	2018	2019	2020
Relationnel	Communication	Relation patient-e/équipe, écoute	10%	11%	9%	8%	8%
		Communication déficiente (pros - P & P)	9%	11%	8%	7%	11%
		Information	8%	7%	9%	10%	6%
	Egards et attention	Egards, empathie, respect, dignité	6%	6%	7%	7%	10%
		Comportement de l'équipe	4%	2%	3%	3%	2%
	Droits des patientes et patients	Discrimination	3%	2%	2%	2%	3%
		Violence subie	2%	2%	1%	1%	2%
		Secret médical	2%	1%	1%	1%	1%
		Consentement	1%	1%	1%	1%	2%
		Directives anticipées	0%	0%	0%	0%	0%
		Contention	0%	0%	0%	0%	0%
Organisation	Accès et attente	Attente et disponibilité	7%	9%	8%	6%	5%
		Accès à l'hôpital et au personnel de la santé	4%	4%	2%	4%	4%
		Sortie	2%	2%	3%	2%	2%
		Transfert et orientation	1%	1%	2%	2%	2%
	Gestion et infrastructures	Administratif	7%	7%	9%	9%	7%
		Equipements, hôtellerie	4%	3%	3%	6%	2%
		Facturation et coûts	3%	1%	2%	1%	2%
		Prestations de soutien	1%	1%	1%	1%	1%
		Dotation et ressources	1%	1%	1%	1%	0%
Clinique	Qualité de la prise en charge	Qualité des soins	5%	8%	6%	8%	6%
		Coordination de la prise en charge	5%	5%	4%	4%	5%
		Efficacité du traitement	2%	2%	2%	2%	1%
		Examen clinique ou paraclinique	1%	1%	1%	1%	0%
	Sécurité	Compétence et conduite	5%	6%	4%	3%	5%
		Diagnostic	3%	3%	4%	4%	4%
		Complication, incident	3%	3%	4%	5%	5%
		Médicament	2%	1%	3%	1%	3%
n =			967	941	1028	1097	747

Le suivi et les suites données

Les options qui se dessinent pour les personnes qui nous contactent se construisent en fonction des doléances exprimées et des circonstances : le ou les objets que la personne souhaite traiter, leur priorité, la situation médicale (prise en charge en cours, projet de revenir au CHUV), les personnes impliquées dans la situation ainsi que leurs fonctions. A noter que notre périmètre d'intervention reste le CHUV, ce qui implique a priori des patientes, patients, proches, professionnelles et professionnels dans le contexte d'une prise en charge au CHUV.

Nous orientons et accompagnons les personnes en tenant compte de la nature de la démarche qu'elles souhaitent : en fonction de leur motivation et notamment de la volonté de restaurer un dialogue ou pas avec les personnes impliquées dans les doléances qu'elles ont exprimées. Nous le verrons dans les chiffres, une grande partie des personnes se satisfont d'une écoute : elles souhaitent parler de leur situation, témoigner, déposer. Nous pouvons les réorienter, soit vers des entités externes (prestataires externes de services dans le CHUV, professionnels externes tels que les généralistes, les associations, les instances officielles hors CHUV), soit vers des interlocuteurs internes au CHUV : le service concerné par la doléance, la Direction générale, d'autres services tels que celui des objets trouvés. Dans d'autres cas, nous recueillons et transmettons des informations (à propos de procédures diverses, ou de normes en vigueur par exemple).

Les suites qui donnent lieu au dialogue sont notamment la « remise en lien » et la « médiation ». Dans la remise en lien, nous pouvons accompagner et conseiller la doléante ou le doléant pour reprendre un dialogue avec les personnes impliquées dans la situation, sans pour autant intervenir directement et en présentiel dans leur dialogue. La remise en lien peut avoir lieu indépendamment du fait que nous contactions ou pas le service ou la patiente, le patient ou proche impliqué-e dans les doléances. Il se peut que nous ayons parlé à chaque partie ou seulement avec l'une des parties, et que toutes les deux aient pu rétablir le dialogue sans avoir besoin de notre intervention.

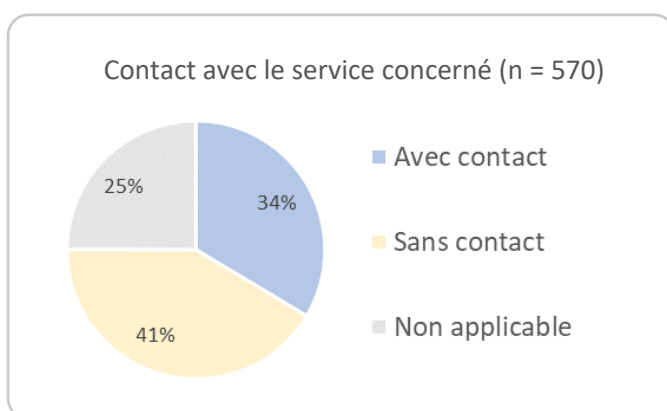
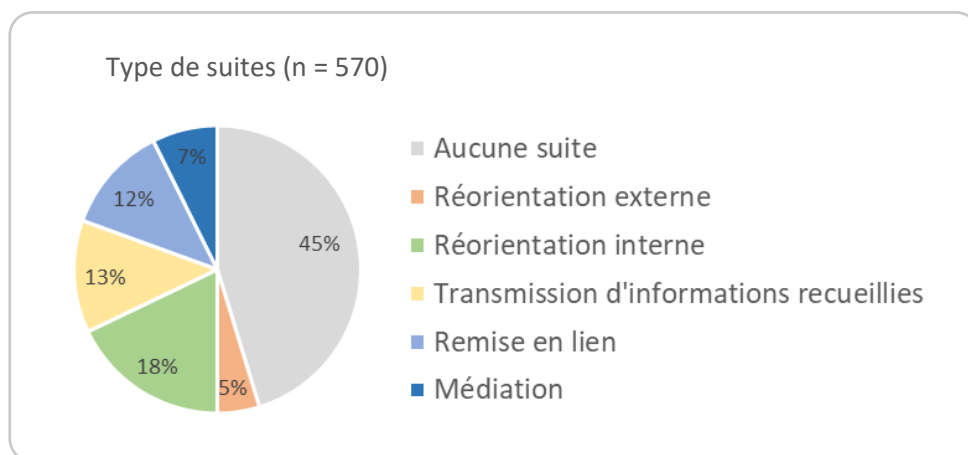
Finalement, la rencontre de médiation, qui est l'une des spécificités de notre activité, implique un processus de préparation au dialogue. Nous veillons à ce que les conditions nécessaires à l'échange soient réunies (caractère volontaire de la démarche, sécurité, confidentialité) et nous gérons le déroulement de la rencontre en tant que tiers neutres et indépendants. Dans ce cas, la volonté de dialogue de la part de toutes les parties est un prérequis absolu.

Les types de suites données dépendent de la nature des objets traités, des circonstances, des doléances exprimées et de la motivation de la personne qui nous sollicite. Tout au long de notre suivi, nous veillons particulièrement à respecter le caractère volontaire des démarches ainsi qu'à encourager la responsabilisation et l'autonomie chez la personne qui nous sollicite, sachant que notre soutien est voué à être transitoire.

Les types de suites sont comparables dans leurs proportions aux années précédentes, à quelques différences près (Tableau 1, ligne G). Le type « écoute seule » est toujours majoritaire, et augmente par rapport à la tendance moyenne, de 36% entre 2016 et 2019 à 45% en 2020 (Tableau 1, ligne G). Alors que la « réorientation interne » suit une tendance en légère augmentation (à 18% en 2020), la « réorientation externe » reste stable. La « médiation » est plutôt dans le bas de la tendance des années précédentes (à 7%). Ce sont les suites « remise en lien » et « transmission d'informations recueillies » qui apparaissent notablement diminuées, toutes deux d'environ 17% en 2019 à 12% et 13% respectivement en 2020. Bien que les suites données aux situations en lien avec le COVID-19 ne diffèrent pas du total des situations, il y a peut-être un lien entre les circonstances sanitaires, les changements dans la circulation d'informations, l'augmentation de l'« écoute seule » et la diminution de la « remise en lien » et de la « transmission d'informations recueillies ».

Par rapport aux contacts avec les services concernés par les doléances, nous observons les mêmes tendances que les années précédentes : « avec contact » dans 41% des cas et « sans contact » dans 34%. Pour 25% des demandes, cette question du contact avec les services est « non applicable », soit parce qu'aucun service n'est concerné, soit parce qu'il s'agit d'une demande de professionnelles ou professionnels.

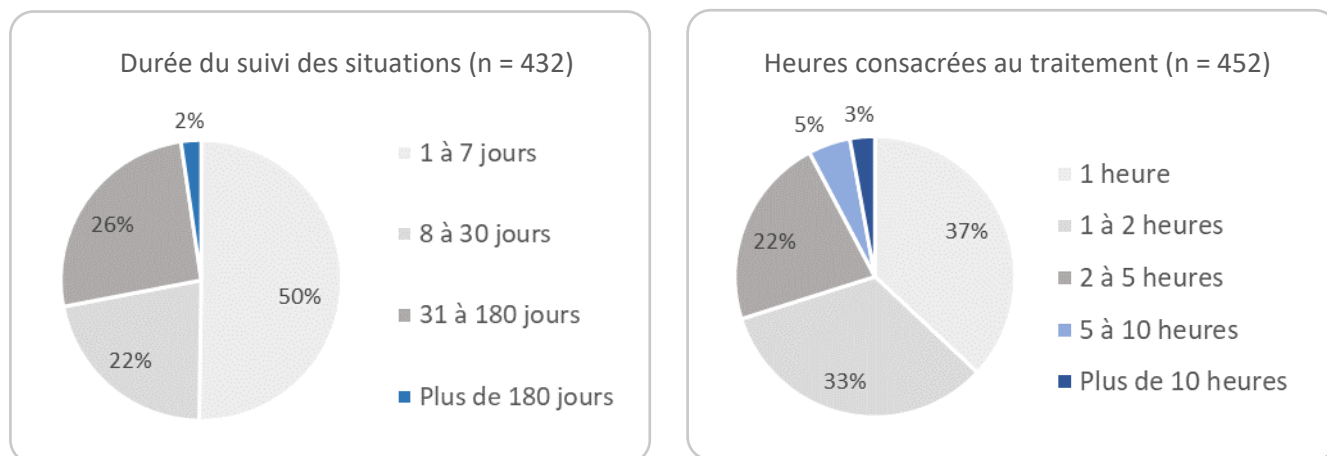
Les suites données



Durée du suivi et lien avec la complexité des situations

La diversité des demandes que nous traitons se reflète dans la durée du suivi et les heures consacrées au traitement de ces situations, données qui restent stables ces dernières années (Tableau 1, lignes I et J). Certaines demandes sont traitées en un seul entretien d'une heure, voire moins. A noter qu'une durée de suivi courte ne signifie pas que la situation ou les doléances soient simples. Les demandes sont traitées dans un laps de temps court, notamment si la motivation de la personne doléante était simplement de témoigner, bénéficier d'une écoute, demander un renseignement ou une orientation (interne, externe) dans le réseau de soins. La moitié (50%) des situations impliquent un suivi de 1 à 7 jours, et environ deux tiers (70%) des situations nécessitent moins de 2 heures de traitement. Ces chiffres paraissent cohérents avec la majorité des

suites données aux sollicitations (« aucune suite » et « réorientation ») qui offrent une issue relativement rapide.



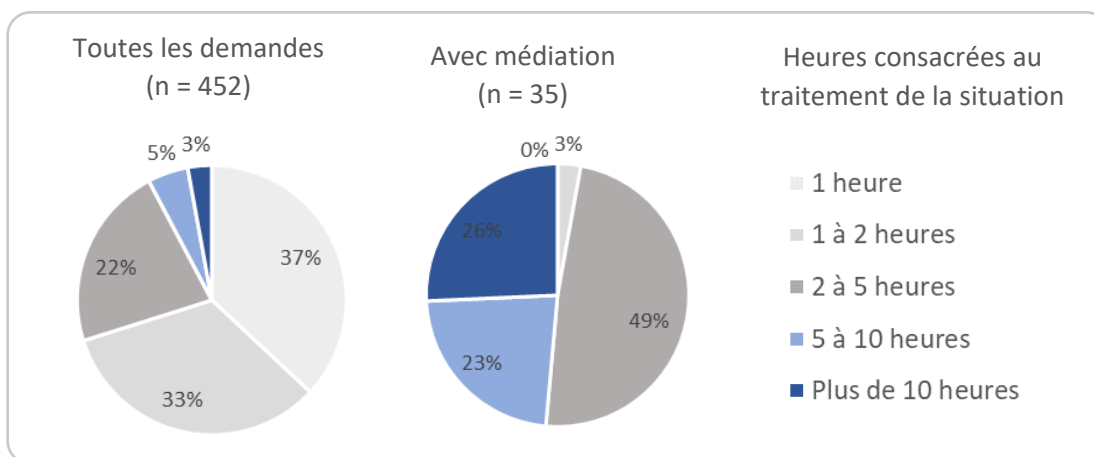
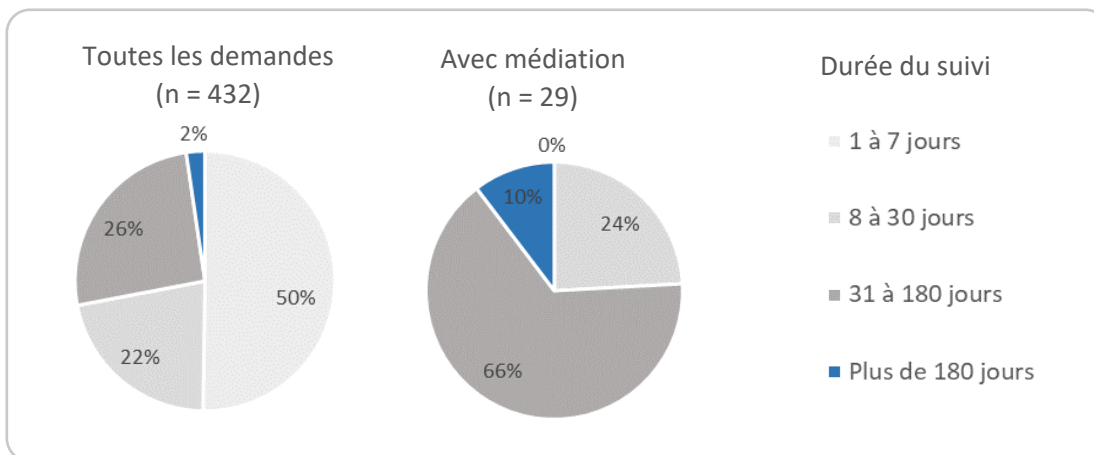
En revanche, l'autre moitié des situations requiert un suivi de plusieurs semaines ou plusieurs mois. Le suivi se prolonge parfois d'année en année pour quelques situations (moins de 2% des demandes). Cela concerne le plus souvent des situations de prise en charge hospitalière en cours et/ou chroniques, avec une volonté de restaurer un dialogue grâce à une démarche de médiation, ce qui nécessite davantage de préparation, d'organisation et de suivi, avec éventuellement plusieurs rencontres de médiation. Le nombre d'heures consacrées au traitement ne s'accorde pas forcément avec la durée du suivi, certaines situations nécessitant de nombreuses heures dans un court laps de temps, ou peu d'heures au fil de plusieurs mois.

Il est intéressant de relever que, bien que seules 8% des situations nécessitent plus de 5 ou 10 heures de traitement, celles-ci représentent un tiers (33%) de notre activité. Souvent, il s'agit de situations complexes, avec des composantes telles que multiples intervenantes et intervenants, des maladies chroniques et/ou graves, des personnes avec des contextes psychosociaux délicats, des incidents ou complications, l'imminence de la mort ou le deuil.

Les situations de longue durée sont souvent celles qui donnent lieu à des rencontres de médiation, reflétant l'investissement nécessaire non seulement du tiers médiateur mais aussi de toutes les interlocutrices et tous les interlocuteurs. Nous analysons la nature de ces demandes qui aboutissent en médiation dans les paragraphes suivants.

Les demandes qui donnent lieu à une rencontre de médiation : quelles caractéristiques ?

Premier constat : la démarche de médiation implique davantage d'heures et concerne des situations dont le traitement s'étend sur une durée plus longue. Aucune médiation ne concerne une demande dont le suivi a duré moins de 7 jours ; deux tiers des médiations interviennent dans des situations suivies sur un ou plusieurs mois, et 10% des médiations concernent des demandes suivies sur plus de 6 mois. Le nombre d'heures consacrées au traitement de la situation est aussi largement supérieur pour les situations « avec médiation », passant de 5 à 23% pour la tranche de 5 à 10 heures, et de 3 à 26% pour la tranche de plus de 10 heures.



Les doléances qui conduisent à des médiations

Le Tableau 3 éclaire sur la nature des doléances concernées par des démarches de médiation.

Globalement, le répertoire des doléances des situations avec médiation ressemble à celui du total des situations. Nous observons néanmoins que les situations comportant des éléments liés à la sécurité et combinés à un manque de communication semblent davantage mener à des rencontres en médiation.

Par rapport au total des demandes, celles qui aboutissent à une médiation portent plus souvent sur une communication déficiente entre les professionnelles ou professionnels et les patientes, patients ou proches

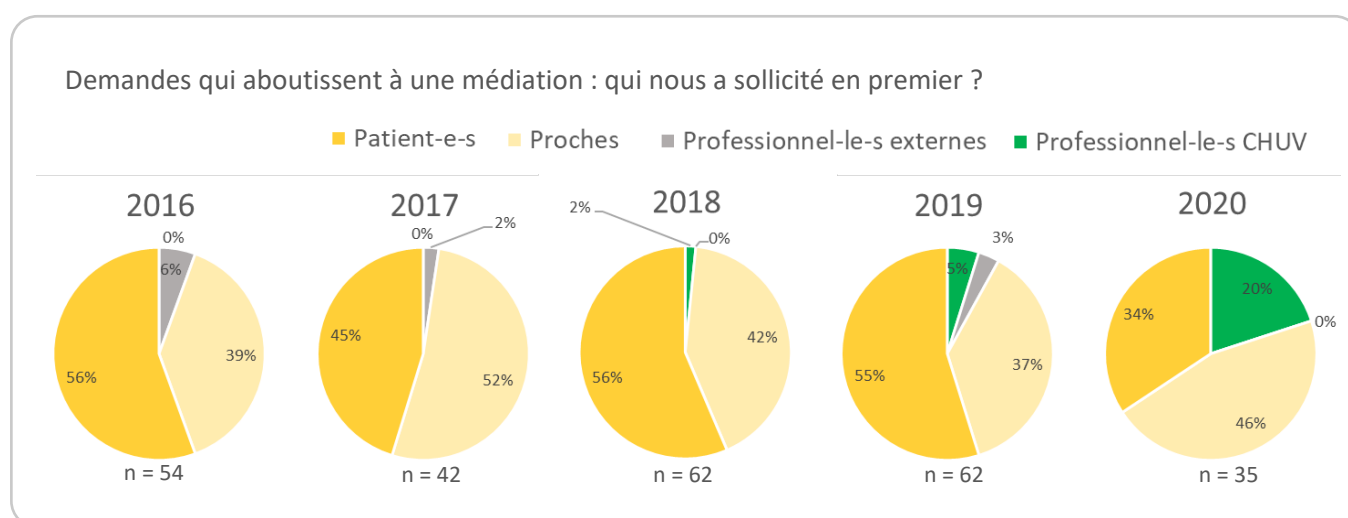
(passant de 11 à 17%). Des éléments de sécurité sont notamment plus marqués dans les demandes avec médiation, avec deux fois plus souvent de doléances portant sur des « complications ou incidents » (de 5 à 10%), sur le « diagnostic » (de 4 à 9%), ou sur « compétence et conduite » (de 5 à 8%). Les doléances des catégories qui concernent les catégories « accès et l'attente » ou « gestion et infrastructures » sont moins présentes dans les situations avec médiation.

Tableau 3 – Doléances des patientes, patients et proches qui donnent lieu à des rencontres de médiation

Catégories de doléances		Doléances	Total	Avec médiation
Relationnel	Communication	Relation patient-e/équipe, écoute	8%	10%
		Communication déficiente (pros - P & P)	11%	17%
		Information	6%	6%
	Egards et attention	Egards, empathie, respect, dignité	10%	5%
		Comportement de l'équipe	2%	4%
	Droits des patientes et patients	Discrimination	3%	4%
		Violence subie	2%	3%
		Secret médical	1%	1%
		Consentement	2%	1%
		Directives anticipées	0%	0%
Contention		0%	0%	
Organisation	Accès et attente	Attente et disponibilité	5%	4%
		Accès à l'hôpital et au personnel de la santé	4%	1%
		Sortie	2%	3%
		Transfert et orientation	2%	1%
	Gestion et infrastructures	Administratif	7%	1%
		Equipements, hôtellerie	2%	0%
		Facturation et coûts	2%	0%
		Prestations de soutien	1%	0%
		Dotation et ressources	0%	0%
Clinique	Qualité de la prise en charge	Qualité des soins	6%	3%
		Coordination de la prise en charge	5%	6%
		Efficacité du traitement	1%	1%
		Examen clinique ou paraclinique	0%	0%
	Sécurité	Compétence et conduite	5%	8%
		Diagnostic	4%	9%
		Complication, incident	5%	10%
		Médicament	3%	1%
n =			747	78

Progression des médiations à la demande des professionnelles et professionnels du CHUV

Comme décrit précédemment, la proportion de professionnelles et professionnels qui nous sollicitent est de 16% en 2020 (12% du CHUV), avec une légère progression au fil des dernières années (Tableau 1, ligne C, et page 10). A la lumière du changement de nom de notre Espace de médiation entre patients, proches & professionnels (anciennement Espace Patients & Proches, cf. chapitre 1), nous avons analysé qui est à l'origine des demandes aboutissant à des rencontres de médiation, et nous constatons une nette progression des sollicitations de professionnelles et professionnels du CHUV. En trois ans, ces demandes sont passées de 0% à 20%.



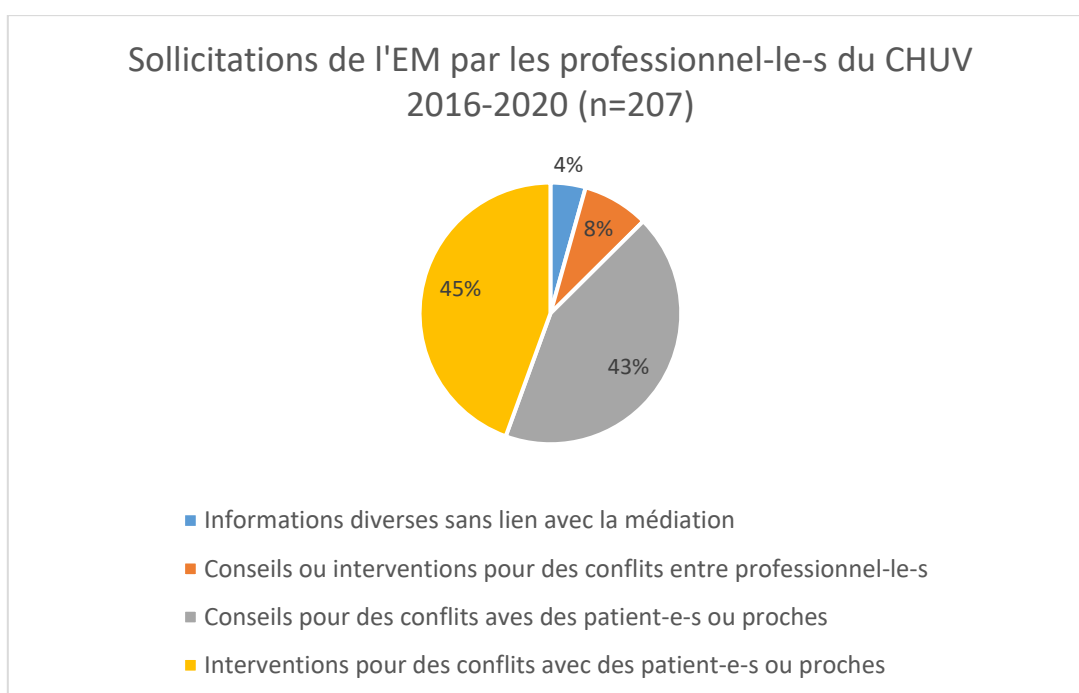
Cela nous invite à penser que notre visibilité en tant que tiers médiateurs neutres et indépendants est plus importante à l'interne, et que notre mission répond à des besoins de soutien au dialogue aussi bien de la part des patientes, patients et proches que de celle des professionnelles et professionnels de la santé. Nous gardons l'objectif de comprendre les enjeux du dialogue entre les deux publics soignant et soigné, d'identifier les difficultés qui l'empêchent et d'ajuster notre pratique afin de soutenir les personnes confrontées à des tensions relationnelles dans le cadre d'une prise en charge au CHUV.

3. LES SOLLICITATIONS DE L'ESPACE DE MÉDIATION PAR LES PROFESSIONNELLES ET PROFESSIONNELS DU CHUV

Le changement de nom est l'occasion d'analyser les situations où les professionnelles et professionnels du CHUV ont sollicité l'Espace de médiation entre 2016 et 2020, soit 207 fois sur 2759 demandes (7,5%).

On distingue quatre catégories de demandes :

- Informations diverses sans lien avec la médiation
- Conseils ou interventions pour des conflits entre professionnelles ou professionnels
- **Conseils** sur des situations conflictuelles avec des patientes, patients ou proches
- **Interventions** dans des conflits entre usagères ou usagers et professionnelles ou professionnels



Les deux premières catégories regroupent des demandes qui ne relèvent pas de notre fonction et soulignent une méconnaissance de nos missions. Elles représentent 12% des sollicitations.

Demandes d'informations diverses sans lien avec la médiation

Les collaboratrices et collaborateurs nous contactent en quête d'informations relatives au fonctionnement de l'institution et de ses procédures.

Des professionnelles et professionnels nous ont par exemple sollicité-e-s pour apprendre à rédiger des directives anticipées ou savoir où les documenter dans le dossier informatisé. D'autres personnes souhaitaient se renseigner sur la fonction de représentante ou représentant thérapeutique ou se demandaient comment procéder pour apporter une modification au dossier médical de patientes ou patients.

Dans ces situations, il semblerait que notre espace soit identifié comme un lieu potentiel de renseignement sur des questions spécifiques liées aux droits des patientes et patients. Nous réorientons généralement ces situations vers les personnes compétentes, principalement l'Unité des affaires juridiques et les Directions médicale et des soins.

Fréquemment notre équipe est interpellée par les professionnelles et professionnels pour aider à résoudre des problèmes d'objets perdus ou d'annulations d'amendes de parking dues à des retards de rendez-vous. Notre équipe a même été invitée à traduire un entretien en anglais. Ici encore nous réorientons vers les ressources à disposition.

Dans d'autres cas, des professionnelles et professionnels ont sollicité l'équipe de médiation pour les renseigner sur la situation d'une patiente ou un patient avec qui nous avons été en relation : « Mes collègues m'ont adressé cette patiente et je ne comprends pas vraiment pourquoi. Elle m'a dit qu'elle a été en contact avec les médiateurs, vous pouvez m'expliquer sa situation ? » Souvent il s'agit de patientes et patients ayant des difficultés à s'exprimer en français, voire présentant une fragilité psychosociale et nécessitant une prise en charge complexe impliquant de nombreux services. Notre équipe est alors identifiée comme détentrice de l'historique des personnes soignées au CHUV et approchée pour aider les professionnelles et professionnels à y voir plus clair.

Dans ces situations, nous faisons très attention à l'enjeu de confidentialité et ne transmettons des informations qu'avec l'accord explicite des personnes concernées. Nous saisissons surtout ces occasions pour rappeler les ressources institutionnelles et du réseau : médecin traitant-e, consultation de médecine générale d'Unisanté, interprètes d'Appartenances, etc.

Enfin, l'équipe de l'EMP est parfois appelée pour des situations extraordinaires, par exemple : « Ce patient doit être opéré et n'a pas d'assurance, que faire ? » ; « Une patiente nous demande les coordonnées de son ancienne voisine de chambre, peut-on les lui transmettre ? » ; « Nous venons d'apprendre que la mère de ce patient fragile hospitalisé sous placement à des fins d'assistance est décédée à domicile dans des circonstances étranges, que pouvons-nous dire et faire pour éviter un deuil pathologique ? » ; « L'employeur de cette patiente lui demande une attestation pour avoir assisté son ami en fin de vie, a-t-on le droit de rédiger un tel document ? » Nous accompagnons toujours les personnes demandeuses dans la recherche de solutions auprès des spécialistes concerné-e-s.

Ces exemples montrent que les cliniciennes, les cliniciens et le personnel administratif pensent parfois aux médiatrices et au médiateur lorsqu'elles ou ils se trouvent démuni-e-s dans des situations inhabituelles et potentiellement chronophages. Nous sommes visiblement aussi identifié-e-s comme un lieu susceptible de fournir des informations très spécifiques, même si cela ne relève pas de notre cahier des charges.

Demandes de conseil ou d'intervention pour des conflits entre professionnelles ou professionnels

Sans doute en raison de notre situation géographique dans le hall central du CHUV, il est relativement fréquent que des collaboratrices ou collaborateurs viennent parler de leurs conflits professionnels. En fonction des besoins de ces personnes, nous les réorientons vers les soutiens appropriés : hiérarchie, Direction des ressources humaines, Espace collaborateurs, Unité de médecine du personnel, Commission du personnel, etc.

Gageons que la confusion entre la médiation en entreprise de l'Espace collaborateurs et la médiation hospitalière de l'ancien Espace Patients & Proches sera atténuée par notre nouveau nom plus explicite : Espace de médiation entre patients, proches & professionnels.



Quoi qu'il en soit, ces erreurs d'orientation ne sont pas problématiques puisque les personnes concernées sont toujours accompagnées par les médiatrices et le médiateur vers la structure susceptible de répondre à leurs besoins.

Demandes de conseil pour des situations conflictuelles avec des patientes, patients ou proches

Une médecin : « On s'est vu avec le patient, on s'est posé avec sa femme, on a discuté dans tous les sens, c'était bien. Merci beaucoup pour vos conseils. On se dit que ça ne sert à rien de vous appeler, qu'on se débrouille bien tout seul et en même temps ça m'a fait du bien de parler avec vous, j'ai pu me préparer et ça m'a bien aidée. Au début de l'entretien, madame m'agressait, je trouvais ça injuste et j'ai eu envie de mettre fin à la discussion. Mais je suis restée à les écouter et après les choses se sont apaisées. Merci. J'espère ne plus trop avoir affaire à vous, mais c'est bien utile (*rires*). »

Les demandes de conseil en gestion de conflits entre patientes, patients ou proches et professionnelles ou professionnels sont au cœur de notre mission. Dans l'analyse, elles sont parfois difficiles à distinguer des demandes d'intervention (traitées dans le chapitre suivant), puisque des demandes de conseil peuvent évoluer en demandes d'intervention et vice versa. Il est pourtant utile de les différencier pour l'analyse. Ces deux catégories sont à peu près équivalentes puisqu'elles représentent 43% et 45% des sollicitations des professionnelles et professionnels du CHUV.

Pour toutes ces situations, les demandes de conseil ou d'intervention émanent généralement des cadres de proximité (ICUS⁹, ICLS¹⁰, CDC¹¹) ou des cadres (ICS¹², CDS¹³) des services cliniques.

Quelques demandes portent sur des projets de recherche ou de formation en lien avec les conflits à l'hôpital.

Il arrive que des professionnelles et professionnels réorientent chez nous des messages de doléances adressés ailleurs, par exemple à l'adresse info@chuv.ch.

Nous recevons aussi de la part du modérateur du CHUV sur les réseaux sociaux, ou parfois même des cliniciennes et cliniciens, des demandes de conseil suite à des commentaires agressifs sur les réseaux sociaux ou des avis malveillants sur Google :

Un médecin chef de service : « Ce patient se montre diffamatoire au sujet d'un médecin de mon équipe dans les évaluations Google. Je ne peux pas laisser passer ça ! »

Les professionnelles et professionnels souhaitent parfois savoir s'il est possible d'orienter les patientes, les patients ou les proches chez nous, et de quelle manière, dans une situation de conflit qui les concerne.

Un médecin : « Lentement, j'en ai un peu marre. J'ai fait des démarches auprès de l'assurance pour cette patiente. Ensuite, je lui ai expliqué à plusieurs reprises pourquoi ce traitement ne pouvait être pris en charge. Je n'ai plus envie de répéter cela. Est-ce que l'Espace Patients & Proches du CHUV pourrait s'occuper de cette affaire ? »

⁹ Infirmière cheffe ou infirmier chef d'unité de soins.

¹⁰ Infirmière clinicienne spécialisée ou infirmier clinicien spécialisé.

¹¹ Médecin cheffe ou chef de clinique.

¹² Infirmière cheffe ou infirmier chef de service.

¹³ Médecin cheffe ou chef de service.

Plus directement, les professionnelles et professionnels nous informent qu'elles et ils ont orienté chez nous des usagères et usagers mécontent-e-s et que notre équipe risque d'être contactée.

Une infirmière : « Cela fait quelques années que cette histoire est arrivée mais la patiente en pleure toujours de rage, de désespoir, et elle dit ne plus faire confiance à l'équipe médicale en général, surtout quand elle doit venir au CHUV. Je vous l'ai référée et j'ai donné vos téléphones. Je lui ai dit que j'allais, avec sa permission, vous adresser un e-mail sur les grandes lignes de son traumatisme. J'ai essayé de lui dire que le patient demeure et demeura le centre et la priorité dans nos soins. »

Dans la majeure partie des situations, notre équipe est sollicitée pour des conseils lorsque les professionnelles et professionnels sont démuni-e-s face à une situation de conflit et que l'équipe est en souffrance.

Notes d'une médiatrice : « L'infirmière cheffe m'appelle en expliquant qu'elle va revoir une deuxième fois la famille. Le premier entretien avait créé un mieux-être, mais l'équipe souffre beaucoup et elle craint des comportements d'évitement. Elle cherche du soutien. J'évoque l'Unité des affaires juridiques, le Service de psychiatrie de liaison, la hiérarchie, etc. On parle de la montée en symétrie, de l'art de mettre des limites sans violence. Elle va contacter la psychiatrie et me rappeler pour me donner des nouvelles. »

Un infirmier chef : « Je ne sais pas comment ramener la confiance avec la famille. »

Le sentiment d'impuissance des professionnelles et professionnels face à un conflit familial ayant un impact sur la prise en charge est fréquemment évoqué, surtout lorsque ces tensions sont exacerbées dans des moments critiques comme la fin de vie :

Une infirmière cheffe : « Il y a un conflit entre les deux sœurs et pour l'équipe c'est difficile à gérer. A qui communiquer les informations concernant le papa ? »

Des conditions de travail difficiles, en lien avec les conflits, sont fréquemment évoquées :

Une infirmière cheffe de service : « Lors du premier entretien, la famille avait confié pas mal d'inquiétudes, certains avaient pleuré... Mais là, lors de cette deuxième rencontre, ça a failli dégénérer. Ils ont filmé des infirmières et ils chronomètrent le temps d'attente quand le patient sonne pour aller aux toilettes. On essaie aussi de leur expliquer nos conditions de travail et nos limites, mais ils n'en ont rien à faire, ils nous disent qu'ils ne veulent pas le savoir, que ce n'est pas leur problème. »

Les équipes sont parfois poussées à bout :

Un médecin chef de service : « Elle accuse le service d'avoir mal fait, je l'ai vu plusieurs fois. Elle m'a accusé dans les autres services, elle est extrêmement plaintive et accusatrice. On a tout fait et on n'en peut plus. »

Les services confrontés à des difficultés organisationnelles sont plus exposés aux conflits :

Un médecin : « Je n'ai pas de secrétaire depuis des mois. Des patients se perdent dans la nature. »

Parfois la peur de la violence s'imisce dans les relations et les tend :

Un médecin : « Ce n'est pas vraiment que ce patient est violent mais il est assez balaise, il ne comprend pas ce qu'on lui dit et on ne peut pas l'arrêter. Il n'a jamais frappé mais je ne me fierais pas à lui. »

Une infirmière : « On peut vous solliciter pour cadrer un patient ? »

Une responsable administrative : « Ce patient est désagréable, il vient en urgence sans rendez-vous. Il veut se faire soigner gratuitement. Il est indélicat avec les médecins femmes. Il demande l'impossible et critique le travail des professionnels. Nous ne voulons plus le soigner. »

Un médecin : « Il y avait 15 minutes de retard à la consultation... 15 minutes ! Le monsieur, il est entré, il a été très agressif. Il a dit : « Ça ne va pas s'arrêter là ! » C'était tellement fort que j'ai dû arrêter la consultation. J'aimerais que le CHUV garde une trace de ça. »

Il arrive également que derrière les conflits avec les patientes, les patients ou les proches se cachent des tensions entre les professionnelles et professionnels ou les services. Les médiatrices et le médiateur font alors attention au risque de triangulation et tentent de mettre en relation les personnes concernées :

Un médecin : « J'ai peur que mon collègue chef de service pense que j'ai poussé la famille à écrire à la direction cette lettre qui écorne un peu son service, on collabore bien et je crains que cette lettre ne crée des problèmes entre nous. Je n'ose pas l'appeler pour lui en parler. »

Un médecin : « Les chirurgiens disent que ce sont les internistes qui ont annulé et les internistes disent que si les chirurgiens ne communiquent pas, ils ne peuvent pas préparer le patient avant l'opération. La famille est furieuse. Que peut-on faire ? »

Les conflits autour de patientes et patients peuvent encore révéler des dissensions entre médecins sur l'attitude à adopter ou les traitements :

Un médecin : « Je souhaite établir des directives anticipées pour de futures hospitalisations d'un patient souffrant d'addiction, pour que cela se passe mieux avec mes collègues. »

Un médecin : « Mon collègue m'a clairement dit que lui vivant ce patient n'aura pas de morphine. Or ce patient en a probablement besoin. »

Lorsque les conflits sont fréquents, certains médecins s'interrogent sur leurs pratiques et cherchent du soutien :

Un médecin : « J'ai été impliqué dans une autre situation difficile l'an dernier et bien que je n'aie pas été responsable, je commence à me demander si c'est moi le problème, si je dois commencer à douter de moi. »

Hors de ces situations classiques de tension, notre équipe est également sollicitée pour des conseils dans des situations plus exceptionnelles.

Un médecin : « Pouvons-nous avoir un entretien rapidement pour des conseils sur notre relation avec la famille suite au décès d'un enfant ? »

Note du médiateur : « Un employé de l'accueil m'appelle pour que je m'occupe d'une dame qui vient rendre visite à sa mère, décédée il y a longtemps. Conseil en ligne. »

Un médecin : « Une patiente nous a écrit pour nous annoncer qu'elle va se suicider. Est-ce qu'il existe une marche à suivre, une directive décrivant quoi faire dans cette situation ? »

Un médecin : « Le patient a enregistré la consultation sur son smartphone, à mon insu. »

Il arrive même que des professionnelles soient victimes de remarques déplacées, sexistes, voire se fassent harceler sexuellement par un patient. La question qui nous est alors adressée est : comment se comporter professionnellement dans ce type de situations ?

Demandes d'intervention dans des conflits entre usagères ou usagers et professionnelles ou professionnels

Les demandes d'intervention (45%) émanent soit de la Direction du CHUV (11% - Direction médicale ou des soins, Unité des affaires juridiques) soit des services cliniques (34%).

En dehors des médiations, notre espace est aussi sollicité comme un lieu d'écoute pour des « personnes agressives », « confuses », « alcoolisées », « bizarres », « décompensées », souvent à la demande du personnel des desks ou de l'accueil téléphonique, confronté à des interactions difficiles qui le laissent désarmé. Il s'agit alors d'évaluer si ces interventions relèvent de la médiation, de la sécurité, de la psychiatrie ou de plusieurs de ces ressources.

Généralement, les services nous sollicitent car ils souhaitent discuter d'une relation difficile avec une patiente, un patient ou ses proches dans un espace dévolu à la gestion de conflit. Ils nous demandent alors de prendre contact avec les personnes concernées pour organiser la séance. La motivation à sortir du conflit étant un moteur essentiel, nous préférons que les parties concernées nous appellent elles-mêmes pour prendre rendez-vous. Mais il nous arrive aussi d'appeler des patientes, des patients ou des proches pour tenter de les convaincre de l'utilité du dialogue.

Une infirmière de liaison : « Il a beaucoup de mécontentement concernant le CHUV, et du coup c'est difficile de construire un projet avec monsieur. D'autant plus qu'il n'est pas toujours compliant. J'ai pensé que ce serait bien que l'Espace de médiation intervienne. Je lui en ai parlé, il n'est évidemment pas très preneur, mais j'ai planté la graine. Et sa fille est très preneuse. »

Un médecin : « Je pense que le patient et sa femme sont très énervés, il ne me semble pas qu'il y ait la situation pour créer un lien de communication. Est-ce que quelqu'un de l'Espace Patients & Proches voudrait contacter le patient ? »

Parfois des cliniciennes ou cliniciens nous adressent des personnes qui ont besoin d'un temps relationnel dont elles ou eux-mêmes ne disposent pas, voire face à qui elles ou ils se sentent démuni-e-s.

Un médecin : « Je vous transfère la patiente, car il y a une écoute à l'EPP. Moi, je réponds sur les raisons techniques. Je veux rester son technicien, je ne peux pas parler avec elle à chaque consultation, je n'ai pas le temps. »

Renvoyer une patiente ou un patient vers l'Espace de médiation révèle parfois une forme d'impuissance mêlée de crainte chez les professionnelles et professionnels, lorsqu'elles et ils sentent que la confiance s'amenuise et que la situation pourrait dégénérer.

Un médecin : « Non, non, il n'y a pas de problème relationnel. Mais voilà, vous savez, les patients n'acceptent pas tous la maladie et les traitements qui vont avec. Je crois que le patient n'avait pas très bien compris les traitements et tout ça. Et bon, puisqu'on a une structure avec l'Espace Patients & Proches au niveau de l'institution, on les sollicite pour qu'ils rappellent les patients, vous voyez, pour éviter que le patient revienne avec tous ses sentiments ou qu'il y ait une plainte au niveau de la Direction médicale. »

Les demandes d'intervention sont souvent déclenchées par une interaction particulièrement difficile ou par un courrier de doléances. Il peut s'agir d'une demande sereine, lorsqu'on est encore dans une démarche préventive.

Un médecin : « Bonjour, suite à la réception de cette lettre de plainte, je souhaiterais organiser une rencontre avec son auteur, à sa convenance. Est-ce que vous pouvez m'aider dans cette démarche ? D'avance, merci. »

Un infirmier cadre : « On a dit à l'équipe : « Faites gaffe, cette patiente est une professionnelle de la santé », et comme d'habitude, c'est là que cela se passe le plus mal. J'aimerais qu'on puisse rebâtir une forme de confiance. Pourriez-vous organiser la rencontre ? Je pense que cela aiderait. »

Les demandes d'intervention peuvent exprimer un sentiment d'urgence, lorsque la situation relationnelle a dégénéré ou quand les usagères et usagers se montrent particulièrement véhément-e-s.

Un responsable administratif : « Cette patiente est insupportable et menaçante, elle fait du scandale chaque fois qu'elle vient, on préfère qu'elle aille voir ailleurs et soit suivie en ville. Les patients n'ont pas à fixer les conditions du traitement. »

Un médecin : « Ces gens font n'importe quoi, nous menacent, on travaille mal parce qu'on n'ose pas dire ce qu'on pense, c'est une catastrophe. »

Un point de rupture fréquent survient lorsque les patientes, les patients ou les proches menacent de contacter des journalistes ou leur avocat. Il s'agit rarement d'un enjeu en soi, mais cela signifie que le dialogue est rompu et ces sommations peuvent inquiéter le personnel soignant.

Un médecin : « Cette patiente nous menace d'aller voir la presse, nous craignons une escalade et souhaitons une médiation. »

D'autres fois la situation est inverse et l'ultimatum de la plainte juridique est articulé par les professionnelles ou professionnels.

Une secrétaire de direction : « Le médecin m'a demandé comment faire pour porter plainte contre un patient et sa famille, à cause d'un comportement inacceptable. Comme procéder ? »

Lorsque les demandes d'intervention concernent un autre service, les enjeux de triangulation doivent être gérés avec soin.

Note du médiateur : « Un infirmier d'un service nous amène le courriel qu'un autre service leur a réorienté et concernant la plainte d'un patient envers un troisième service. »

Un infirmier : « Le contact avec nous se passe bien, mais il a un ressentiment contre la médecin de l'autre service, il attend des excuses et c'est pour ça qu'une médiation serait bien. »

Les professionnelles demandeuses et professionnels demandeurs accompagnent parfois des patientes ou patients qu'elles ou ils connaissent bien dans une démarche de médiation avec d'autres services. Il arrive même que nous les recevions en entretien préparatoire avec ces patientes ou patients. Notre objectif est alors de nous assurer de la motivation des patientes et patients à entreprendre une démarche de dialogue, de manière autonome.

Un médecin : « Elle a vécu des expériences difficiles à l'hôpital, dont elle garde des souvenirs très vifs. Elle a un suivi psychiatrique pour cela, et dans l'élaboration de ce trauma, elle se sent une mission de partage de son vécu avec les soignants. »

Plus les patientes ou patients sont dans des situations somatiques et psychosociales complexes, plus le nombre d'intervenantes et intervenants est élevé, et plus le risque de rupture du dialogue et de la confiance est important.

Une infirmière cheffe de service : « Il a le sentiment de ne pas être pris au sérieux et que sa prise en charge médicale n'est pas globale et complète, les intervenants étant nombreux et non coordonnés dans leur discours auprès de lui. Nous vous sollicitons afin d'organiser une rencontre coordonnée avec monsieur et les différents spécialistes. Cela afin de lui offrir un espace d'échange avec l'ensemble des professionnels médicaux. Un des objectifs de cette rencontre serait également de lui parler d'une seule voix (il a le sentiment que chacun se renvoie la responsabilité). »

Les demandes d'intervention provenant de la Direction du CHUV sont généralement complexes, comme celles qui nous sont adressées par le Child Abuse and Neglect (CAN) Team, avec qui nous collaborons fréquemment. Les résultats de la médiation sont alors rarement significatifs, mais le dialogue permet tout de même fréquemment soit d'assouplir la relation, soit de mieux comprendre ce qui la rend si difficile.

Un médecin : « Tout le monde est assez emprunté pour parler de la situation. »

Le recours à la médiation est alors envisagé comme une dernière tentative de dialogue.

Un médecin : « Ce patient me harcèle jusqu'à forcer la porte de ma consultation. Des collègues me disent qu'il a proféré des menaces de mort contre moi. Or j'ai fait tout ce que je pouvais pour lui. Je dépose plainte ? Je viens parler chez vous ? »

Une médecin cheffe : « Suite au suicide du patient, nous avons eu de nombreux contacts avec la famille et on a l'impression d'avoir répondu à tout. Là on envisage quelque chose de plus neutre, la médiation ou la justice. »

Toutes les demandes émanant de professionnelles et professionnels font l'objet d'une discussion pour nous assurer que la médiation est le meilleur moyen de répondre aux besoins des deux parties.

4. LES ACTIVITÉS - MISE À DISPOSITION DES INFORMATIONS RECUEILLIES

Parallèlement aux activités de médiation, nous collectons, documentons et analysons les témoignages reçus afin de restituer des informations à l'institution. L'objectif est de fournir un matériau de réflexion aux services cliniques ou unités qui en font la demande. Ces données permettent de nourrir et de soutenir des projets concrets d'amélioration des pratiques sur la base de l'expérience des patientes et patients, de leurs proches et du personnel de la santé. L'équipe de médiation collabore par ailleurs avec différents acteurs institutionnels autour de projets transversaux, dispense des cours, notamment sur l'identification et la prévention du conflit à l'hôpital, et alimente les réflexions autour de différents axes de recherche.

Restitution de données et présentation de nos activités

En 2020, les médiatrices et le médiateur ont présenté leurs activités, restitué leurs analyses et transmis des données anonymisées issues des témoignages qu'elles et il ont recueillis aux instances suivantes :

- **Le Bureau qualité et sécurité des soins (BQS) du CHUV**, composé de la Direction des soins, de la Direction médicale, et conduit par le professeur Matthias Roth-Kleiner, vice-directeur médical responsable des activités cliniques

Sur la base des statistiques et verbatim rapportés au BQS par l'Espace de médiation, qui se concentraient sur les situations conflictuelles dites « dépassées »¹⁴, le comité a décidé de réactiver les binômes médico-infirmiers prévus dans chaque service dans le cadre du dispositif « Prévention et gestion des situations complexes » pour répondre précocement aux insatisfactions et, si nécessaire, activer le soutien de services spécialisés : Direction médicale et des soins, Unité des affaires juridiques, Espace de médiation entre patients, proches & professionnels, etc. Le comité réfléchit également à créer une ressource institutionnelle dédiée, facilement identifiable, offrant aux collaboratrices et collaborateurs soutien, accompagnement et aide à la coordination.

Suite à différents témoignages faisant état de difficultés de coordination entre le CHUV et des institutions en charge de personnes souffrant d'un handicap, le Bureau qualité et sécurité des soins a lancé un projet d'amélioration de la coordination de la prise en charge de cette patientèle. La Direction médicale et la Direction des soins sont actuellement en charge de ce projet.

- **La Direction médicale du CHUV**

Les témoignages recueillis à l'Espace de médiation ont permis à la Direction médicale d'améliorer les délais de réponse des services cliniques aux demandes des assurances et notamment de l'assurance invalidité.

De plus, la procédure d'effacement ou de modification de données erronées dans les dossiers des patientes et patients a été revue en collaboration avec la Direction des systèmes d'information et l'Unité de codage et d'archivage médical.

¹⁴ Il s'agit de situations extrêmement conflictuelles dans lesquelles l'alliance entre personnes soignantes et soignées est mise à mal, avec pour conséquence un climat de défiance réciproque. Cette rupture de confiance – et souvent de dialogue – peut engendrer beaucoup de souffrances de part et d'autre. On trouve en général dans ces situations certains critères de complexité (tableau clinique particulier et contexte psychosocial fragile notamment).

- **Les directions médicale, infirmière et administrative d'un service clinique du CHUV**

Ce service avait sollicité une restitution portant sur les années 2018-2019 afin de disposer de données lui permettant d'évaluer l'impact de mesures prises à la suite d'une restitution précédente et de savoir si de nouvelles thématiques avaient émergé durant la période analysée. Le service travaille sur plusieurs projets visant à améliorer la communication avec les patientes, les patients et leurs proches. L'un d'eux consiste à mettre un tableau à disposition de chaque patiente et patient, support qui contient des informations sur la journée et le projet de soins. Patientes, patients et familles peuvent adjoindre leurs propres questions ou remarques qui sont alors reprises avec l'équipe lors de la visite médicale.

- **Des représentantes et représentants de la Direction des constructions, de la technique, de l'ingénierie et de la sécurité**, autour de la thématique de la fumée et des personnes fumeuses au CHUV

Les données transmises ont conforté un projet déjà en cours et qui va aboutir dès cette année à l'installation d'abris pour fumer et de zones sans fumée à différents endroits de la cité hospitalière.

Par ailleurs, l'équipe de médiation a été invitée à présenter ses activités :

- Au professeur Roth-Kleiner, vice-directeur médical responsable des activités cliniques ;
- Au personnel du Service de soins palliatifs du CHUV ;
- A la Direction des ressources humaines de l'Hôpital de Lavaux.

Collaborations et rencontres

Lorsqu'il s'agit d'orienter des patientes, des patients ou des proches qui souhaitent adresser une plainte ou une demande à l'institution (documents médicaux, demandes des assurances, etc.), nous travaillons respectivement avec l'**Unité des affaires juridiques** ainsi qu'avec la **Direction médicale**, dont nous rencontrons les cadres plusieurs fois par année.

En 2020, une réflexion a été menée entre la Direction médicale, l'Unité des affaires juridiques et le personnel de l'Espace de médiation pour améliorer les dispositifs et la coordination des interventions autour de situations de « conflits dépassés »¹⁵ qui concernent ces trois entités. Les modifications, actuellement en phase pilote, impliquent entre autres une intervention proactive de la Direction médicale et des cheffes ou chefs de service, ainsi qu'une meilleure anticipation des actions entre les services cliniques et les trois entités précitées.

En ce qui concerne la médiation à l'hôpital, les collaboratrices et le collaborateur de l'EMP ont eu une rencontre en 2020 avec leurs homologues de l'**Espace collaborateurs**, qui traitent des conflits de travail parmi le personnel de l'institution. Les équipes des deux espaces de médiation ont par ailleurs étroitement collaboré dans le cadre des dispositifs mis sur pied pour répondre, sur demande de la Direction générale, aux besoins des collaboratrices et collaborateurs durant la première vague de la pandémie de COVID-19¹⁶.

Au chapitre de la gestion des doléances, il arrive également que l'équipe de médiation échange avec des collègues du **Service de communication** qui gèrent le flux des informations distillées sur les **réseaux sociaux**.

¹⁵ Voir définition en note de bas de page 31.

¹⁶ Voir la section de ce rapport consacrée aux activités de l'équipe de médiation en lien avec la gestion de la pandémie de COVID-19 (cf. p. 35).

Ces plateformes constituent en effet un nouveau lieu d'expression des doléances pour les usagères et usagers de l'hôpital. Quand ces situations se produisent, les patientes, patients et proches sont invité-e-s par le Service de communication à contacter l'équipe de médiation. Il arrive que des collaboratrices et collaborateurs sentant diffamé-e-s sur les réseaux sociaux s'adressent à l'EMP pour des conseils ou pour une demande de médiation.

Cette année 2020 aussi, des rencontres ont eu lieu pour prendre connaissance de l'offre de la **Consultation post-accouchement**, mise sur pied par le Service d'obstétrique du CHUV, ainsi que des prestations offertes par Charlene Tripalo, **infirmière et déléguée aux familles et aux proches pour le service de psychiatrie générale**.

Par ailleurs, des membres de l'Espace de médiation ont rencontré des collaboratrices et collaborateurs de la **Centrale téléphonique du CHUV** afin de leur présenter leurs activités et d'échanger à propos de leur collaboration.

En ce qui concerne les collaborations interinstitutionnelles, l'EMP a poursuivi la coopération avec **l'Espace Ecoute & Médiation de l'Hôpital Riviera Chablais**.

Enseignement

Les médiatrices, le médiateur et Béatrice Schaad, responsable de l'EMP et du Service de communication ainsi que professeure titulaire à l'Institut des humanités en médecine FBM-CHUV, enseignent toujours régulièrement dans des programmes institutionnels de **formation continue**, sous la responsabilité du Centre des formations, de la Direction des ressources humaines et de la Direction médicale. Il s'agit des cours suivants :

- « Prévention et gestion de la violence et des conflits en milieu hospitalier » ;
- « Le conflit à l'hôpital », programme MicroMBA pour les cadres du CHUV ;
- « Les personnes âgées, du préventif au palliatif », pour les médecins assistantes et assistants.

Les enseignements dispensés en collaboration avec la Faculté de biologie et de médecine (FBM) de l'Université de Lausanne ont été impactés du fait de la pandémie : seul un cours de l'enseignement, intitulé « Le conflit à l'hôpital » (cours théorique et ateliers réflexifs) et destiné aux étudiantes et étudiants **prégradué-e-s** de 4^e année de médecine dans le cadre du cours-bloc du Service de médecine interne, a pu être dispensé.

En revanche, un bilan de cet enseignement, basé sur les expériences des années précédentes, a été présenté à la Comskills de l'Ecole de médecine de l'Université de Lausanne en février 2020. Etant donné que cet enseignement a lieu dans le contexte du cours-bloc de médecine interne, cette présentation a également été faite aux cadres du service.

Par ailleurs, un enseignement prégradué (5^e année) de la FBM a été conçu dans le cadre d'un module consacré aux généralistes et intitulé : « Le patient dans le système de soins : gérer son insatisfaction et ses difficultés personnelles ». Aux côtés de Béatrice Schaad, l'une des médiatrices a participé à la mise sur pied et à la dispense de ce nouveau cours. Sur la base de témoignages filmés croisés, les étudiantes et étudiants identifient les facteurs de risque et les facteurs aggravants liés à la prise en charge ambulatoire qui sont susceptibles de générer les insatisfactions et les conflits entre personnes soignées et soignantes.

De plus, nous avons terminé la confection du projet pilote pour un enseignement conjoint entre la FBM, la Haute Ecole de santé Vaud et le CHUV, réunissant des étudiantes et étudiants en médecine, en physiothérapie et en soins autour de la thématique de la collaboration interprofessionnelle. Là encore, en raison de la pandémie, les cours n'ont pas pu être dispensés. En effet, ils se donnent nécessairement en présentiel car

l'une des forces de ce programme est de faire se rencontrer des étudiantes et étudiants issu-e-s de différents cursus et de les faire travailler ensemble, éprouver les aspérités et les bénéfices de la collaboration interdisciplinaire et identifier des ressources facilitant la collaboration au bénéfice de la patiente ou du patient.

Hors du CHUV, nous continuons à faire la promotion de la médiation hospitalière en intervenant dans deux des quatre formations **postgraduées** (CAS) pour les médiatrices et médiateurs en Suisse romande :

- Université de Fribourg (UniFR) : CAS de médiation, formation à la médiation hospitalière ;
- Haute Ecole d'ingénieurs à Yverdon (HEIG-VD) : CAS de médiation en entreprise, formation à la médiation hospitalière.

Formations reçues

Une dizaine de fois par an, l'équipe de médiation continue de bénéficier de la **supervision** du professeur Patrice Guex. En 2020, les médiatrices et le médiateur ont fait trois séances de supervision avec le professeur Jacques Faget, pionnier de la médiation et directeur de recherche émérite au CNRS (centre Emile Durkheim), enseignant à l'Institut d'études politiques de Bordeaux et dans diverses universités françaises et européennes. Il est notamment l'auteur d'un ouvrage de référence dans le domaine de la médiation : *Médiations : les ateliers silencieux de la démocratie* (Erès, 2015).

Une médiatrice a bénéficié d'une supervision individuelle entre fin 2020 et début 2021 avec Florence Studer, une référence dans la thérapie sociale et la médiation dans le domaine familial et pénal.

Quant aux projets de **formation continue** des médiatrices et du médiateur pour l'année 2020, ils ont tous été reportés *sine die* du fait de la pandémie.

Il n'en reste pas moins que ces temps de supervision permettent de répondre aux exigences du titre de médiatrice/médiateur reconnu par la Fédération suisse des associations de médiation (FSM).

Autres événements : l'équipe de médiation

Au début de l'année 2020, Fabienne Borel a quitté l'Espace Patients & Proches. Elle était membre de l'équipe de médiation depuis 2013 et nous la remercions chaleureusement de sa contribution au développement et au rayonnement de cet espace.

Le printemps a vu arriver une nouvelle collaboratrice en la personne de Silvia Fuertes Marraco. Elle a travaillé plusieurs années dans la recherche dans le domaine de l'immunologie et l'immunothérapie du cancer au CHUV. Son intérêt pour la coopération, la relation humaine et la résolution des conflits l'ont amenée à se former à la médiation à l'Institut universitaire Kürt Bösch, où elle a obtenu un DAS en médiation. Par ailleurs, elle travaille dans la recherche en sciences affectives et dans la pacification du conflit.

5. LE CONTEXTE ET L'IMPACT DU COVID-19 SUR NOTRE ACTIVITÉ EN 2020

Réorientation interne de notre activité

Comme cela a été présenté dans les chiffres portant sur notre activité (pages 9 ss), la pandémie de COVID-19 a eu un fort impact dans le nombre de jours où l'EMP a été ouvert. Celui-ci a dû être fermé près de quatre mois entre le 10 mars et le 1^{er} juillet.

Durant cette période, sur demande de la Direction générale, les médiatrices et le médiateur ont mis leurs compétences au service des offres institutionnelles de soutien interne aux personnels du CHUV. Du 10 mars au 7 avril, elles et il ont mis sur pied, en collaboration étroite avec l'Unité de médecine du personnel, une hotline interne destinée au dépistage par frottis et visant à répondre aux questions et préoccupations quant à la gestion des mesures sanitaires instaurées par les autorités.

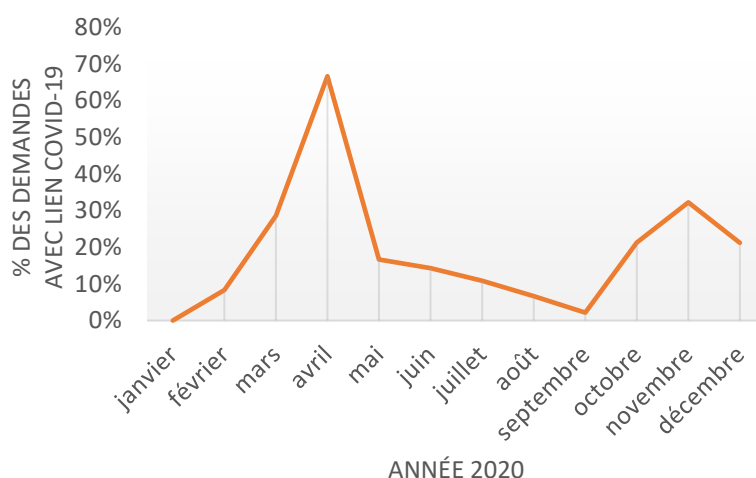
Le 8 avril, en collaboration avec leurs homologues de l'Espace collaborateurs, les médiatrices et le médiateur ont ouvert l'Espace Pro COVID-19, destiné à offrir au personnel du CHUV un lieu d'écoute informel et confidentiel permettant de recueillir les difficultés rencontrées du fait de la crise et de donner, de manière périodique et anonymisée, un retour à la Direction générale. Cela afin qu'elle puisse, le cas échéant, adapter l'offre de soutien ou donner des impulsions pour surmonter des obstacles au bon fonctionnement de l'institution.

La nature des demandes et des doléances teintées par le contexte du COVID-19

Dans l'analyse des demandes de 2020, nous avons rétrospectivement étiqueté celles qui avaient un lien avec le contexte du COVID-19. Ce lien s'est manifesté à plusieurs niveaux :

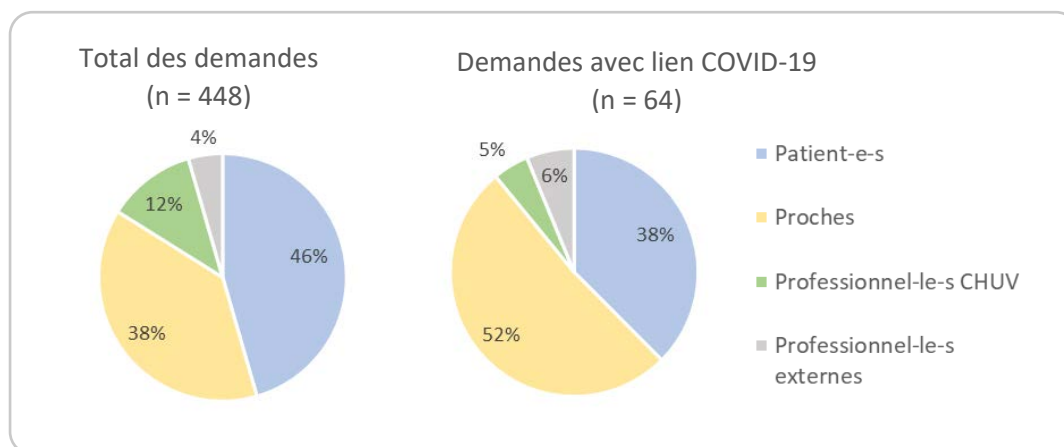
- L'impact direct de la pandémie dans la mise en place de la prise en charge (programmation, accès, attente, transfert et sortie).
- La communication entre patientes, patients et proches (par exemple les visites), ou entre les patientes, patients ou proches et le personnel soignant (l'information autour de la prise en charge).
- Les restrictions et règles sanitaires (infrastructures, accueil, normes, prestations).

Sur le total des 452 demandes, 64 avaient un lien direct avec le contexte du COVID-19 (soit 14% des demandes). Nous observons que les demandes teintées « COVID-19 » ont été naturellement plus fréquentes lors de la première vague du printemps et en fin d'année. A noter que ces chiffres sont à relativiser avec les chiffres totaux de notre activité au fil des mois (pages 9 ss). Le pic à 70% de demandes « COVID-19 » s'explique aussi par la fermeture de notre espace de mars à juillet et par le fait que nous avons continué de traiter les quelques demandes qui nous sont parvenues.



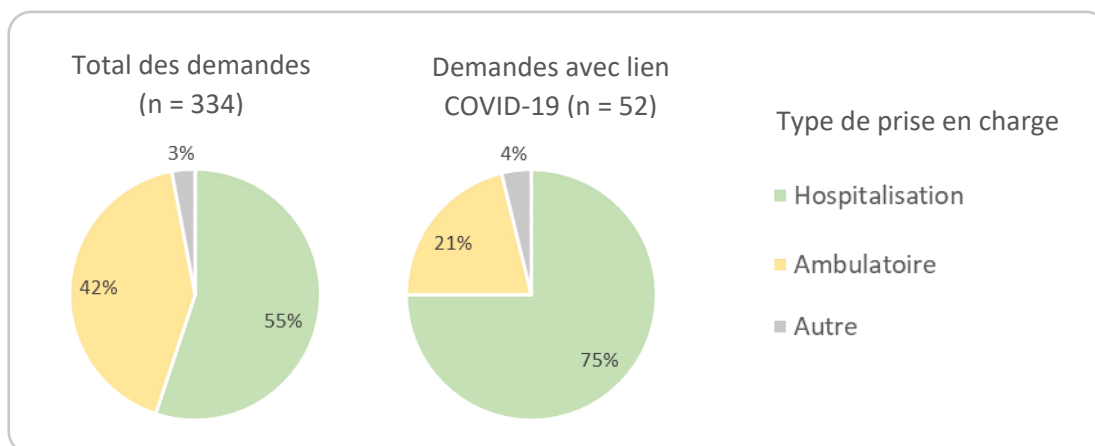
Dans l'analyse du public qui a sollicité notre équipe, nous constatons dans les demandes « COVID-19 » en comparaison des demandes « non COVID-19 » une part plus importante de proches (de 38 à 52%) ainsi que

de professionnelles et professionnels externes (de 4 à 6%), alors que les parts des patientes ou patients (de 46 à 38%) et des professionnelles ou professionnels du CHUV (de 12 à 5%) diminuent.



L'impact de la maladie sur les personnes plus âgées se reflète dans les situations « COVID-19 ». Comparé au total, dans les demandes « COVID-19 » nous observons une augmentation de celles venant de personnes âgées entre 65 et 84 ans (de 23 à 36%), une diminution de la tranche 45-64 ans (de 45 à 36%), les demandes des 25-44 ans restent égales (de 29 à 28%) et aucune demande n'émane des moins de 25 ans. L'âge des patientes et patients concerné-e-s par les demandes « COVID-19 » est deux fois plus fréquemment dans la tranche des plus de 85 ans (de 7 à 15%) et aucune patiente ni aucun patient n'avait moins de 25 ans.

Comparé au total des demandes, le type de prise en charge concerné par les demandes « COVID-19 » était aussi plus souvent l'hospitalisation (dans 75% des demandes « COVID-19 » en comparaison des 42% des demandes totales) et moins l'ambulatoire (21% au lieu de 42%).



En ce qui concerne les doléances (tableau ci-dessous), dans le relationnel, nous observons que les situations « COVID-19 » touchent relativement moins à la communication mais davantage à la doléance « Egards, empathie, respect et dignité ». Dans la catégorie « Organisation », les doléances dans « Administratif » diminuent alors qu'elles augmentent dans « Prestations de soutien ». Dans la catégorie « Clinique », les doléances qui augmentent concernent « Qualité des soins », « Compétence et conduite » et « Complication, incident ».

Catégories de doléances		Doléances	Total des demandes	Demandes avec lien COVID-19
Relationnel	Communication	Relation patient-e/équipe, écoute	8%	7%
		Communication déficiente (pros - P & P)	11%	7%
		Information	6%	5%
	Egards et attention	Egards, empathie, respect, dignité	10%	13%
		Comportement de l'équipe	2%	4%
	Droits des patientes et patients	Discrimination	3%	3%
		Violence subie	2%	2%
		Secret médical	1%	1%
		Consentement	2%	3%
		Directives anticipées	0%	0%
		Contention	0%	0%
Organisation	Accès et attente	Attente et disponibilité	5%	4%
		Accès à l'hôpital et au personnel de la santé	4%	4%
		Sortie	2%	2%
		Transfert et orientation	2%	3%
	Gestion et infrastructures	Administratif	7%	1%
		Equipements, hôtellerie	2%	3%
		Facturation et coûts	2%	3%
		Prestations de soutien	1%	3%
		Dotation et ressources	0%	0%
Clinique	Qualité de la prise en charge	Qualité des soins	6%	8%
		Coordination de la prise en charge	5%	3%
		Efficacité du traitement	1%	0%
		Examen clinique ou paraclinique	0%	0%
	Sécurité	Compétence et conduite	5%	8%
		Diagnostic	4%	3%
		Complication, incident	5%	8%
		Médicament	3%	3%
n =			747	117

Les suites données aux situations « COVID-19 » sont comparables à celles du total des situations, à l'exception de la réorientation externe qui diminue (de 5 à 1%) et de la transmission d'informations recueillies qui augmente (de 13 à 18%) dans les demandes avec un lien « COVID-19 ».

Il est difficile à ce stade d'interpréter au-delà ces analyses, bien que nous constatons que les situations COVID-19 concernent plus souvent (que dans le total) une population plus âgée et les proches, et que nous pouvons imaginer des liens entre le profil de doléances des situations « COVID-19 » et l'impact que la pandémie a eu sur les moyens de communication, l'organisation et les prestations au sein de l'hôpital.

CONCLUSION

Que vous évoquent la médiation et le conflit à l'hôpital ?

A cette question, nombreuses sont les personnes qui pensent aux enjeux de sécurité : les « diagnostics manqués » et les « erreurs médicales ». Cette association entre le conflit et la qualité des soins montre la peur de l'hôpital et l'inquiétude de ce qui pourrait s'y passer.

S'ajoute à cela la méfiance envers les grandes organisations et les institutions. Après les doutes portant sur la sécurité, les gens mentionnent souvent leurs craintes d'une forme de « dépersonnalisation » ou « déshumanisation » des soins. La taille de l'hôpital génère aussi une complexité administrative qui inquiète et que viennent renforcer les problèmes de rendez-vous ou de factures.

Enfin, dans un hôpital universitaire, le milieu académique de la formation et de la recherche n'inspire pas toujours confiance, malgré un cadre juridique et éthique toujours plus exigeant. On entend parfois les patientes, les patients ou les proches évoquer la notion de « cobaye ».

Qu'elles soient dues à des dangers réels ou fantasmés, ces peurs génèrent de la méfiance envers l'hôpital et les gens qui y travaillent.

Que vous évoquent la médiation et le conflit à l'hôpital ?

A cette question, rares sont les personnes qui pensent à la souffrance du personnel soignant confronté à l'attitude hostile de patientes, de patients ou de leur entourage. Pourtant, il est fréquent que la relation entre personnes soignantes et soignées pâtisse de ce climat de défiance et que les professionnelles et professionnels deviennent individuellement la cible de l'agressivité qui en découle.

Or le personnel soignant est formé à prodiguer des soins, pas à se défendre, et il se trouve parfois démuné face à l'animosité des personnes dont il s'occupe. Trop souvent il « prend sur lui », quitte à endosser le poids de tensions qui ne le concernent pas.

Nous profitons de ce rapport annuel pour saluer l'engagement et le courage des professionnelles et professionnels qui refusent de subir les interactions difficiles, parviennent à en parler avec les personnes concernées, ou trouvent l'énergie de demander un conseil en gestion de conflit ou une intervention de médiation. Car le dialogue reste le meilleur moyen d'améliorer une relation abîmée et de travailler sur la confiance, tant entre individus qu'envers les institutions.