



RAPPORT D'ACTIVITE

1^{er} janvier 2018 – 31 décembre 2018



ESPACE PATIENTS & PROCHES

Direction générale

Ecoute et suivi
personnalisé





Introduction.....	3
Le processus de médiation.....	5
La prise de contact	5
Le choc de l'expérience hospitalière	5
La rumination	6
L'entretien préparatoire avec l'épouse.....	6
Réinscrire le conflit dans une histoire globale	7
Passer du grief à la blessure intime.....	8
Questionner le rapport de cause à effet	8
L'entretien préparatoire avec les professionnels de l'hôpital	9
Remettre les événements et la démarche dans leur contexte	9
Peurs et motivations	10
La rencontre en médiation.....	10
Gains pour les professionnels	11
Bénéfices pour les patients et leurs proches	11
Résultats statistiques	12
Introduction.....	12
EPP - Tableaux comparatifs 2016 – 2018	13
L'activité	15
Les demandes.....	15
Les personnes (patients, proches et professionnels).....	17
Les doléances	20
Les solutions	25
Mise à disposition des informations recueillies	28
Restitutions de données.....	28
Collaborations et Projets	28
Enseignement et Présentations	30
Formations reçues.....	31
Presse et Médias	32
Remerciements	33



INTRODUCTION

Depuis la création de l'Espace Patients&Proches en 2012, près de 3000 demandes ont été traitées. Chaque sollicitation fait l'objet d'une documentation rigoureuse. Ces données rendues anonymes servent à l'amélioration de la qualité de la prise en charge et à l'enseignement. L'équipe de médiation intervient entre les patients - et parfois leurs proches - d'une part, et les professionnels d'autre part. Ses membres sont formés à la médiation¹. Cette approche privilégie la rencontre entre des personnes qui souhaitent parler de leurs liens et de ce qui les place dans une situation de conflit.

Les usagers ou les professionnels de la santé sollicitent principalement cette unité pour faire le récit de ce qu'ils ont vécu. Ils attendent le plus souvent de l'aide dans un moment de crise. Ils se disent « blessés », « perdus », ou « à bout ». Ils mentionnent fréquemment leur impuissance ou celle de l'hôpital. Notre espace est parfois surnommé le « bureau des plaintes », tant par les patients et les familles que par les professionnels de la santé. Nous nous employons plutôt à en faire une étape vers la suite du parcours, un espace-temps au sein duquel il devient envisageable de déployer des solutions, des alternatives. Loin de signifier l'échec pour nous, la situation conflictuelle sert à rendre visible le carambolage de plusieurs visions du monde², les attentes de temps à autre irréconciliables, les limites de chacun et parfois les failles institutionnelles.

Lorsque nous leur demandons ce que nous pouvons faire pour eux, les personnes qui nous ont recours à l'Espace Patients&Proches répondent la plupart du temps qu'elles n'en savent rien. Au terme d'un premier entretien, certains disent avoir « déposé » ce qu'ils avaient à dire et n'avoir besoin de rien sinon que leur expérience serve à d'autres, à l'institution, dans une optique d'amélioration continue des pratiques. D'autres décident d'écrire une lettre de plainte aux responsables des services dans lesquels ils ont rencontré des difficultés. D'autres encore demandent une investigation et choisissent la voie juridique en sollicitant la Direction générale. Il y a aussi tous ceux qui ont besoin d'un conseil, d'un aiguillage à travers le réseau de soin. A tous, nous proposons un suivi quelque temps plus tard, pour qu'ils nous disent quelles ressources ils ont pu activer pour aller de l'avant, et nous assurer qu'ils sont sereins face à l'issue trouvée. La plupart du temps, nous ne rencontrons ceux qui nous sollicitent qu'une seule fois.

Enfin, certains veulent parler avec les professionnels de la santé impliqués, en présence d'un tiers, lors de ce que l'on appelle une rencontre de médiation. Ils évoquent leur fragilité, la peur de ne pas être entendus, leur solitude et leurs limites dans le conflit, ou encore la peur des représailles. Dans ce type

¹ Guillaume-Hofnung en donne une définition : « Globalement la médiation se définit avant tout comme un processus de communication éthique reposant sur la responsabilité et l'autonomie des participants, dans lequel un tiers – impartial, indépendant, sans pouvoir décisionnel ou consultatif, avec la seule autorité que lui reconnaissent les médiateurs [les participants, ndlr] – favorise par des entretiens confidentiels l'établissement, le rétablissement du lien social, la prévention ou le règlement de la situation en cause. » (Guillaume-Hofnung, M. (2005). La médiation. Paris, France : PUF, p. 71)

² Guillaume-Hofnung souligne que dès « qu'on ne réfléchit plus sur les conflits uniquement pour les proscrire, certaines finesses apparaissent : les personnes impliquées sont-elles partenaires ou parties ? La complexité des relations de conflits apparaissant permet alors de déjouer certains jeux subtils. » (2005, p. 96).



de situation, nous nous entretenons avec le ou les demandeurs dans le cadre d'une entrevue préparatoire confidentielle. Nous faisons de même avec les collaborateurs de l'hôpital désignés comme partie prenante au conflit. Au cours de ces entretiens où chacune des parties rencontre individuellement le tiers médiateur, nous travaillons notamment sur les objectifs, les motivations, les freins éventuels, les peurs, afin d'assouplir la position des uns et des autres. Enfin nous réunissons toutes les personnes qui ont librement consenti à participer, chacune pouvant mettre fin à l'entretien à n'importe quel moment. Au vu de la disponibilité souvent restreinte des professionnels, la rencontre est unique, et dure une heure. Nous demandons systématiquement un retour des participants les jours suivants cet entretien.

Non seulement ce type de rencontres tripartites (patients/proches, professionnels, médiateur ou médiatrice) est en hausse, comme nous le verrons dans la partie de ce rapport consacrée aux statistiques 2018, mais il semble également que le type de situations que l'équipe de médiation traite par le biais de ces entretiens est plus complexe, requiert davantage la présence de représentants de spécialités diverses et nécessite parfois plus d'une séance. Le contenu de ces rencontres est confidentiel et ne fait l'objet d'aucun rapport officiel, afin que la parole y soit la plus libre possible.

En nous penchant sur un exemple concret inspiré de situations traitées à l'Espace Patients&Proches, nous tenterons, dans le chapitre thématique de ce rapport, de faire voir le travail des médiateurs pour favoriser la gestion des conflits, le but étant de lire le différend en engageant une vision à large spectre des contextes dans lesquels ce dernier s'inscrit. Ce faisant, on rend à la situation sa dimension complexe. Plutôt que de rester « dans ce qui oppose », on place les participants dans la position de parler à propos du conflit, ce qui favorise une prise de conscience de certains aspects de la dynamique psychique et interactionnelle des participants.



LE PROCESSUS DE MÉDIATION

Pour expliquer l'activité des médiateurs, nous allons nous servir d'un exemple fictif inspiré par plusieurs situations réelles. L'équipe étant composée d'un homme et de trois femmes et afin de simplifier la lecture, nous parlerons ici de « la médiatrice » lorsque nous évoquerons en particulier la vignette d'illustration du travail des collaborateurs de l'Espace Patients&Proches. Nous écrirons en revanche « les médiateurs » dans les parties qui élargissent le propos à l'analyse de notre pratique générale quotidienne.

Il s'agit d'envisager la médiation comme un processus durant lequel le tiers médiateur, par le questionnement notamment, permet aux participants d'envisager le conflit sous d'autres angles, d'ouvrir les perspectives pour modifier le sens donné à ce conflit. Il s'agit en fin de compte de permettre à ceux qui se trouvent bloqués dans une situation conflictuelle d'évoluer, voire de renoncer à un conflit qui n'a quelquefois plus de raison de perdurer³.

LA PRISE DE CONTACT

Mme C. écrit longuement à un médecin cadre plusieurs semaines après la prise en charge de son mari pour une intervention de routine. Elle décrit plusieurs infections et de nombreuses complications impliquant plusieurs spécialités médicales durant le séjour : « Il devait rester quelques jours, il est resté des semaines. On me l'a rendu diminué. » Le médecin cadre responsable répond à Mme C. Il se dit désolé de la situation et à disposition pour une rencontre à son bureau ou à l'Espace Patients&Proches, en présence d'un ou d'une médiatrice. Il souhaite que ses collègues consultants spécialistes dans d'autres domaines soient également conviés. En parallèle, il transmet le courrier à l'équipe de médiation et lui demande un soutien.

LE CHOC DE L'EXPÉRIENCE HOSPITALIÈRE

Dans sa lettre, Mme C. explique que la succession de complications et les traitements reçus a provoqué un état confusionnel sévère chez son mari, accompagné d'une perte d'autonomie et de beaucoup d'agressivité. Elle décrit également plusieurs chutes et des heures d'angoisse liées à des arrêts cardio-respiratoires successifs suite auxquels le patient a séjourné aux soins intensifs.

Enfin, Mme C. ne comprend pas si et quand les consultants spécialistes ont été appelés. Elle a le sentiment que son mari aurait dû être transféré dans un service avec une prise en charge plus spécifique et recevoir des soins jugés « plus appropriés ». Elle est convaincue que « par manque de personnel, de place ou de coordination », son mari n'a pas reçu les traitements optimaux.

Mme C., comme tout le reste de la famille, a été très impressionnée par la perte de lucidité de son époux, sa grande agitation et ses efforts désespérés pour arracher le matériel de soins (sondes, etc.). Les équipes ont tenté de protéger le patient en le soumettant à des contentions. Mme C. dénonce le manque de partenariat autour de cette décision : « Pour moi, à la fin, c'était à la limite de la maltraitance, une torture prescrite par des médecins. »

³ Ce chapitre dédié aux rencontres avec les patients, leurs proches et les professionnels s'inspire de l'article de Faulx, D., (2006/4). Le recadrage dans les situations conflictuelles. *Thérapie familiale*, Vol. 27, 377-397. Pour aller plus loin : Monroy, M., & Fournier, A. (1997). *Figures du conflit : une analyse systémique des situations conflictuelles*. Paris, France : PUF.



L'épouse raconte aussi l'importance que les soins de confort revêtent : « Quand nous arrivions, je demandais s'il avait pu recevoir de l'eau, ou être levé, et on me disait qu'ils n'avaient pas eu le temps, que mon mari n'était pas le seul patient dont ils devaient s'occuper, et que de toute façon il recevait tout ce dont il avait besoin par les tuyaux. Je pense plutôt qu'il avait du plaisir à sentir de l'eau fraîche dans sa bouche et à pouvoir utiliser sa langue, et cela n'a pas de prix ! » Il s'agit pour elle d'une question de respect de la personne et de dignité.

LA RUMINATION

Mme C. rapporte plusieurs événements et interactions difficiles avec les médecins et surtout avec l'équipe infirmière, échanges dont l'agressivité n'a fait qu'augmenter au cours du séjour de son mari. Elle confie même avoir « dû gueuler » et menacer « de contacter Pierre-Yves Maillard » pour être considérée ; certains professionnels auraient réagi vivement : « Ils m'ont dit : 'Si vous n'êtes pas contente, changez d'hôpital ou de canton!' » Mme C. a accueilli cette déclaration comme une nouvelle démonstration de force, humiliation qui renforce son sentiment d'impuissance et sa colère.

Elle évoque par ailleurs le fait qu'elle se « réveille la nuit », entre cauchemars et souvenirs persistants. Elle estime ne pas avoir reçu de réponses à certaines de ses questions. Elle cite de nombreuses phrases prononcées par les professionnels, des mots qui l'ont profondément blessée, comme « On n'est pas à l'hôtel, ici, Madame. » Elle se sent coupable et humiliée.

La lettre de Mme C. illustre aussi à quel point les proches et leurs patients peuvent être envahis par la rumination de griefs, jusqu'à mal dormir des semaines plus tard, revisitant chaque souvenir, collectant détails après détails et alimentant leur ressentiment. C'est comme si la personne devenait sa plainte, sa colère justifiant définitivement son ressentiment à l'égard de l'hôpital dans un cercle vicieux sans fin. Et pourtant, cette lettre dit aussi son contraire : Mme C. reprend contact pour sortir du marasme des doléances.

Il arrive fréquemment que les patients profèrent des paroles comme : « Je n'abandonnerai jamais mon combat contre l'hôpital », « Obtenir justice, c'est ma mission » ou « Me plier à ce que veulent les médecins, ce serait trahir ma maman ». Les conflits reposent sur des loyautés, des sensibilités, des rôles empruntés par chacun des protagonistes, mais aussi des valeurs que ces derniers estiment bafouées. Pour pouvoir participer à une rencontre de médiation, envisager les choses différemment et trouver un apaisement, les parties doivent pouvoir envisager le point de vue des autres. C'est pourquoi les entretiens de préparation avant la mise en présence de toutes les parties, qui se font individuellement avec le médiateur ou la médiatrice (voir exemple ci-dessous), revêtent une importance particulière. La médiatrice contacte Mme C., qui accepte immédiatement un entretien d'exploration à l'Espace Patients&Proches.

L'ENTRETIEN PRÉPARATOIRE AVEC L'ÉPOUSE

La première étape du processus de médiation consiste à s'installer dans une autre temporalité que celle de la crise, dans laquelle le demandeur paraît figé. Le fait de prévoir des étapes, d'entrer dans la sphère très concrète de l'organisation en vue d'une éventuelle rencontre de médiation avec toutes les parties force déjà les acteurs du différend à envisager des transformations.

Les médiateurs s'appuient sur l'action, la démarche entreprise par l'un des demandeurs. Les patients ou leurs proches écrivent, téléphonent ou se présentent au bureau de l'Espace Patients&Proches durant les permanences pour déposer leurs doléances ; les professionnels, de leur côté, contactent l'équipe de médiation pour solliciter un conseil ou une intervention. Les médiateurs utilisent cet élan pour tester, ou renforcer l'aspiration de leurs interlocuteurs à faire évoluer la situation. Cela n'est possible que si l'alliance du médiateur avec chacune des parties est suffisante. La première rencontre



sert donc à établir un lien de confiance et accueillir la demande des patients, de leurs proches ou des professionnels, ainsi qu'à déterminer, clarifier voire négocier leurs objectifs.

Lors de l'entretien préliminaire, Mme C. se présente seule. C'est une femme élégante de 55 ans environ. Après les présentations de rigueur, la médiatrice questionne Mme C. à propos de l'absence de son mari : « Peut-être qu'il a peur de revivre tout ça. Il sait que je suis là et que j'ai écrit. Il ne souhaite pas participer à tout ça. Quant aux enfants, ils passent chacun leurs examens. Ils ont hésité, mais c'est moi qui leur ai dit qu'il ne fallait pas perdre leur énergie en ce moment. Ils ne seront pas présents, même s'ils appuient entièrement ce que je fais. Il faut dire que je suis aussi très difficile à supporter pour eux. Ils aimeraient que la situation soit plus légère à la maison. » Il s'agit donc de la démarche d'une proche, et celle-ci décrit une forte motivation à évoluer pour retrouver une harmonie familiale.

RÉINSCRIRE LE CONFLIT DANS UNE HISTOIRE GLOBALE

Pour gagner un peu de liberté d'action, il faut pouvoir se « décoller » de la situation, et remettre le conflit en perspective. Afin d'atteindre cet objectif, la médiatrice pose des questions pour réinscrire les événements sur une courbe temporelle (Comment était-ce avant ? Comment cet événement majeur a transformé votre vie ? Comment est-ce depuis ? Comment ce sera après ? Etc.). Ainsi, le conflit n'est pas le seul temps qui existe ; s'il y a un avant, il y aura sans doute un après, que Mme C. peut commencer à envisager.

Mme C. formule à cette occasion son désarroi : « Je ne reconnais pas mon mari depuis son hospitalisation. Il est très diminué et agressif. Il se montre comme désinvesti. C'est comme si tout lui était égal. » Celui-ci a été quelqu'un de très respecté dans un milieu professionnel compétitif. Elle le décrit comme un personnage au fort caractère, doté d'une intelligence « phénoménale » et d'une forme physique « remarquable » jusqu'à récemment.

Mme C. évoque sa culpabilité, ainsi que celle de ses enfants, de ne pas avoir su « défendre et protéger » le patriarche durant l'hospitalisation. Elle qualifie sa famille de « détruite », désunie par cet accident qui a modifié les équilibres au sein du foyer, à un moment où les enfants, devenus de jeunes adultes, quittent le nid. Mme C. se trouve donc dans un cycle de vie délicat, où mari et femme s'apprêtent à se retrouver sans enfant.

La médiatrice interroge aussi l'histoire partagée avec les protagonistes de l'hôpital (Comment s'est passé la rencontre avec les médecins ? Comment étaient les relations avant les complications ? Comment étaient-elles après ? Quelles sont les différences entre les relations, s'il y en a ?). Sur ce dernier point, Mme C. peut mentionner deux médecins au moins dont elle s'est toujours sentie proche, même lors des situations de crise, et qu'elle estime avoir été « soutenant et très honnêtes » avec elle. Elle prend conscience qu'elle a aussi rencontré des personnes qu'elle estime, ce qui nuance le conflit et la nature de sa relation avec l'hôpital.

En *déplissant* ainsi l'évènement, la médiatrice amène de l'histoire autour de l'expérience de l'hôpital : le contexte familial mouvant est doublé de problèmes de santé rencontrés à l'hôpital, ce qui tend les relations entre tous les protagonistes. Mme C. peut également reconsidérer ses « adversaires », les soignants dans ce cas, comme des partenaires avec lesquels elle a aussi pu collaborer à certains moments de la prise en charge. Ces nouveaux éléments permettent de mieux saisir comment se noue le conflit, et quels sont les éléments du contexte qui le conditionnent.



PASSER DU GRIEF À LA BLESSURE INTIME

Une autre façon d'assouplir le conflit pour en faire un objet gérable consiste à déconstruire le lien supposé entre les souffrances des uns et les actes des autres. Souffrances et actions ont un lien, mais il s'agit de mieux comprendre quel comportement provoque quel type de souffrances : un processus qui permet aux protagonistes de sortir du reproche pur, pour découvrir en quoi ils sont vulnérables. Si cette vulnérabilité existe et est prise en compte par l'une des parties, elle peut éventuellement exister aussi chez l'autre, et pourra être envisagée dans une forme de réciprocité.

Racontant ses souvenirs, Mme C. parle de sa vie d'avant son mariage, dans un pays qui a connu un régime totalitaire et la torture. Elle évoque sa culture, sa foi. Elle peut admettre qu'elle réagit vivement parfois : « J'ai une expérience lointaine de la dictature, je ne supporte pas qu'on me dise 'Taisez-vous !' Le pouvoir, c'est de l'irrespect. Quand le médecin m'a dit que si je déposais plainte cela ne servirait à rien et pouvait même me desservir, j'ai pris cela comme une menace. »

Mme C. interprète les paroles du médecin à la lumière de ses propres expériences. Cette réflexion permet d'entrevoir comment son passé difficile, ses vulnérabilités modifient ses interactions avec les autres dès lors qu'elle est ramenée dans une situation où elle se sent prise dans un rapport de pouvoir. Envisager cette question allège un peu la responsabilité des soignants dans le conflit et permet de prendre en compte sa propre part dans le différend.

En faisant cet exercice pour elle-même, Mme C. peut, en miroir, imaginer que certaines vulnérabilités à l'œuvre chez ses interlocuteurs risquent de renforcer leurs réactions : « J'ai dit au médecin qu'il était en train de laisser tomber mon mari. Il m'a répondu que ces mots le blessaient. Là, j'ai vu à son visage qu'il y avait un homme derrière le médecin. Alors, je me suis dit que j'allais faire confiance (...) J'ai vu qu'on était deux personnes blessées pour des raisons différentes mais dans la même situation. Si je n'avais pas vu ça, j'aurais fait une démarche juridique. Et peut-être qu'il avait raison, et que ça n'aurait été bon pour personne. »

QUESTIONNER LE RAPPORT DE CAUSE À EFFET

Mme C. cherche à donner un sens à tout cela. Elle demande une forme de reconnaissance que tout n'a pas été optimal dans la prise en charge de son mari. Elle raconte qu'elle a entendu dire que le médecin à qui elle a écrit est « quelqu'un de bien », et qu'elle a donc un espoir que « justice lui soit rendue ». Cette interaction met en évidence la sensibilité de Mme C. à la notion de justice, une valeur précieuse à ses yeux. Mais la médiatrice questionne : « Si ce médecin ne va pas dans votre sens, c'est donc qu'il se montre injuste ? » De quoi va-t-on discuter durant une rencontre de médiation si les deux issues pour Mme C. se résument soit à obtenir gain de cause, soit à être victime d'une injustice ?

Sur le plan médical, c'est la même logique qui prévaut : pour Mme C., c'est une erreur qui est à l'origine des multiples complications. Soit les médecins la reconnaissent, soit ils la « cachent délibérément » et « se couvrent » entre eux. La médiatrice questionne le rapport de cause à effet établi par Mme C. entre les événements en posant des questions naïves : « Je ne comprends pas : pour vous, la blessure est causée par l'intervention ? Comment ? Vous pensez donc que cette blessure a amené le cœur de votre mari à s'arrêter plus tard ? Comment cela s'explique-t-il pour vous ? ».

Sans que la médiatrice ne sache quelle est la réalité de la situation clinique, ce dispositif montre simplement à Mme C. que les conclusions qu'elle tire ne vont pas forcément de soi. Ces échanges importants permettent d'introduire un doute chez l'interlocuteur et, partant, un espace pour dialoguer, envisager les choses sous un autre angle, par exemple évoquer la mauvaise santé de son mari juste avant l'hospitalisation, le fait qu'elle n'a pas eu les résultats des analyses et qu'il lui manque peut-être des informations, etc. Mme C. est prête à envisager que les choses ne sont peut-être pas comme elle se les représentait jusque-là.



L'ENTRETIEN PRÉPARATOIRE AVEC LES PROFESSIONNELS DE L'HÔPITAL

En parallèle, la médiatrice fait le même type de travail d'assouplissement lorsqu'elle rencontre les équipes : le médecin cadre, son collègue spécialiste et l'infirmière responsable. Cette dernière explique que Mme C. a raison d'avoir évoqué quelques « attitudes déplacées » de certains collaborateurs. Elle rappelle que Mme C. a été reçue par les cadres il y a quelques semaines, durant l'hospitalisation de son mari, au moment où les problèmes avec l'équipe infirmière avaient surgi. Des investigations avaient déjà été lancées auprès du personnel concerné et la situation avait été traitée : Mme C. avait été informée de ces démarches en temps réel. Elle ne sait donc pas quoi faire de plus pour prouver que le témoignage de Mme C. n'était pas resté lettre morte à l'époque bref, elle doute de « pouvoir contenter » Mme C. C'est sans doute un sentiment partagé par une partie de l'équipe durant la prise en charge du patient : la frustration née de l'impossibilité à satisfaire une famille considérée comme très demandeuse.

Quant au médecin cadre, il ne comprend pas ce que la famille lui reproche : « Si on laisse les patients se mettre en danger, les familles nous en veulent ; si on les met sous contentions pour les protéger, alors on est des tortionnaires. Le patient ne nous a jamais rien demandé, alors pourquoi sa femme nous écrit-elle après tout ce temps ? » Son collègue spécialiste ne comprend pas non plus la démarche de Mme C. : il a eu des contacts réguliers avec l'équipe responsable durant le séjour de M. C., et il ne voit aucun manquement à la prise en charge médicale, « même si la situation a sans doute été très difficile à vivre pour la famille, vu la gravité de ces complications imprévisibles ».

REMETTRE LES ÉVÉNEMENTS ET LA DÉMARCHE DANS LEUR CONTEXTE

Le travail de mise en perspective du conflit laisse en général apparaître les moments où le conflit s'est cristallisé, et parfois les circonstances qui augmentent les tensions (changement d'équipes, stress et surcharge, engorgement de l'hôpital, planification des interventions, difficultés interprofessionnelles, etc.).

Chacun est invité à décrire, s'il le souhaite, le point sensible où les plaintes des patients ou de leurs proches viennent les blesser. Pour la responsable infirmière – et plus encore pour le médecin, qui estime que le travail a été fait de façon irréprochable – les plaintes de Mme C. sont difficiles à recevoir : le bien-être des patients et de leurs proches est son crédo et elle donne beaucoup d'elle-même dans son travail. Les professionnels se sentent souvent attaqués sur la qualité de leurs prestations, ou s'estiment mal récompensés en regard des sacrifices consentis dans le cadre de leur métier, et de leurs efforts pour s'investir dans leur fonction. Reconnaître cela, c'est aussi pouvoir en miroir formuler l'hypothèse que Mme C. a dû souffrir d'une certaine impuissance durant la prise en charge de son mari. L'infirmière cheffe dit avoir « été émue » de constater cette souffrance dans la lettre que l'épouse a adressée au médecin. Elle est troublée que Mme C. ait vécu avec cette expérience douloureuse et perçoit donc la démarche de Mme C. comme très importante.

La médiatrice parvient parfois à mettre en évidence les boucles d'interaction avec les patients ou leurs proches dans lesquelles l'agressivité est montée. Cet éclairage est utile pour mieux comprendre comment, à un moment donné, les professionnels en viennent à éviter les familles ou à répondre de façon véhémence. L'infirmière raconte : « J'ai parlé avec l'une des collaboratrices. Elle était désolée, mais aussi très fâchée. Elle a dit qu'elle en était arrivée à un stade de méfiance qui devait conditionner la façon dont elle se comportait. Elle arrivait tendue le soir, sachant qu'elle trouverait la famille rassemblée. Elle m'a dit qu'avec le recul, elle pensait que peut-être elle s'était montrée froide et que ça n'avait pas dû arranger la situation ».



PEURS ET MOTIVATIONS

En saisissant ces mécanismes, les personnes impliquées prennent un peu de champ par rapport au différend. Mais pour surmonter les obstacles à la collaboration, la médiatrice interpelle aussi les professionnels sur leurs éventuelles craintes. Les principales peurs liées aux démarches de médiation sont presque toujours relatives à la plainte formelle juridique⁴ qui pourrait suivre, et ceci même si les professionnels estiment avoir dispensé les meilleurs soins, celle de « perdre leur temps à répondre à des problèmes que les patients et leurs proches leur font porter à tort et au détriment des autres patients qui ont besoin qu'on s'occupe d'eux », et la peur de « sortir de leurs gonds » si les patients ou les familles leur reprochent injustement des éléments qu'ils estiment infondés ou anecdotiques.

Il peut être utile, à ce stade, de proposer un bilan des coûts de la situation actuelle (les conflits prennent du temps et de l'énergie), des risques à tenter un changement, et des bénéfices. Ceux-ci peuvent se mesurer si l'alliance thérapeutique est renforcée à l'issue du conflit. Les motivations peuvent être travaillées : la première raison qui pousse les équipes à accepter de rencontrer les patients et leur famille en médiation est le bien-être de ces derniers : « Cela peut lui faire du bien, après tout ce temps, qu'on accepte de la rencontrer et qu'on réponde à ses questions. On est là pour écouter les proches, aussi. » Les équipes formulent parfois l'idée de pouvoir apprendre quelque chose du récit que les malades ou leurs proches vont leur livrer, ce qui est l'une des attentes principales de ceux qui formulent des doléances à l'Espace Patients&Proches. D'autres encore rapportent à posteriori un certain plaisir à avoir pu parler plus librement avec les patients et leurs proches, prenant un moment particulier pour entrer en résonance avec eux, un espace qu'ils ne s'accordent pas au quotidien.

LA RENCONTRE EN MÉDIATION

La rencontre entre les deux parties est l'occasion de répondre aux questions qui se posent encore au niveau médical. Le médecin explique à l'aide d'un schéma. L'intervention ne s'est pas déroulée simplement et surtout, elle était inévitable, sous peine de voir l'état de M. C s'aggraver brusquement. Pour Mme C., qui vivait dans l'idée que son mari aurait pu se passer de l'intervention, cette opération prend donc un sens.

Elle reste néanmoins très blessée et elle le dit. Elle se défend, victime d'un système qui l'a « maltraitée », là où le médecin explique ses actions selon sa légitimité professionnelle et pragmatique (« l'hôpital fait de son mieux »). L'alliance est forte entre Mme C. et l'infirmière cheffe, très empathique. Par contre, l'épouse ne cesse d'interpeller le médecin cadre. Au milieu de l'entretien, elle

⁴ En droit, une plainte (pénale ou disciplinaire) ou une demande de dédommagement (action en responsabilité civile), donnera lieu à une investigation pour établir les faits à des fins de preuve, pour déterminer le droit applicable et, le cas échéant, pour en tirer les conséquences juridiques qui peuvent revêtir la forme d'une condamnation pénale, d'une sanction disciplinaire ou encore d'une condamnation du responsable à verser à la victime une somme d'argent pour la dédommager.

La médiation s'intéresse en revanche au vécu, aux perceptions et aux émotions des protagonistes ainsi qu'aux intérêts des uns et des autres afin de leur permettre de trouver une meilleure compréhension de la situation, ou une meilleure manière de gérer des situations similaires à l'avenir. Les médiatrices et le médiateur de l'Espace Patients&Proches travaillent ainsi sur un matériau subjectif : les récits des patients, des proches et des professionnels. Ils ne mènent pas d'investigations sur les événements eux-mêmes. C'est pourquoi ils parlent de doléances, un « état pénible incitant à se plaindre », et non d'erreur ou de faute. Source : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) : <http://www.cnrtl.fr>



lui laisse entendre qu'il ne peut pas la comprendre, se mettre à sa place. Il réagit avec force et lève la voix : « Madame, je vous interdis de dire ça et de me juger. Vous ne savez pas ce que j'ai vécu ! »

Mme C. pourra dire plus tard qu'elle a été surprise d'avoir touché vivement le médecin, et qu'elle a eu le sentiment de partager alors quelque chose d'inédit avec lui. Peut-être qu'à ce moment-là, le médecin est sorti de son rôle de « professionnel » pour montrer à Mme C. qu'elle peut, lorsqu'elle se sent menacée, se montrer à son tour menaçante ou jugeante.

A partir de ce moment, l'interaction change et se fait plus douce. Certains des points abordés durant les séances de préparation sont amenés par les participants. Les professionnels formulent des regrets pour les malentendus et estiment que la communication n'a pas toujours bien fonctionné.

GAINS POUR LES PROFESSIONNELS

Certains professionnels ont le sentiment que participer à une médiation avec un tiers qui « pose un cadre » permet de construire une atmosphère où chacun peut faire un pas vers l'autre, comme le souligne le médecin cadre dans son retour auprès de la médiatrice : « J'ai vraiment pu apprécier le travail fait en amont de notre rencontre, notamment avec la famille, pour identifier déjà les principales problématiques qui tenaient à cœur à Mme C., et cibler mieux les attentes. Je pense que ça permet d'être écouté plus facilement. En plus, notre emploi du temps ne nous permet pas souvent d'offrir aux proches un temps dédié pour 'clore le chapitre'. »

Le consultant pointe quant à lui la plus-value à avoir pu rencontrer ses collègues, notamment en séance de préparation : « J'ai particulièrement apprécié l'échange, et je pense que c'était aussi important de debriefer entre professionnels dans cette situation complexe. »

BÉNÉFICES POUR LES PATIENTS ET LEURS PROCHES

La médiatrice revoit Mme C. après la rencontre. Cette dernière explique qu'elle n'a plus de doute sur l'aspect médical de la prise en charge de son mari. Elle va mieux, et elle dort mieux. Elle a le sentiment d'avoir déposé quelque chose et de pouvoir plus sereinement continuer sa route, même si elle a quand même l'impression qu'il est difficile de faire changer les choses en ce qui concerne les marques d'humanité à l'hôpital. Elle va écrire au médecin et à l'infirmière pour les remercier.

Pour les patients et leurs proches, le soulagement vient aussi d'avoir été pris au sérieux : « Cela n'a pas été facile de faire ce pas, de me plaindre. On craint d'être considérée comme une hystérique et on a aussi peur des représailles. Et pourtant, on n'a parfois pas d'autre alternative que de revenir dans cet hôpital. Il vaut mieux régler les choses avant... »

Durant cette conversation, Mme C. évoque les sacrifices qu'elle a fait par amour, son lien autrefois fusionnel avec ses enfants devenus grands, sa vie conjugale. Ce contexte permet a posteriori de questionner la fonction de ce conflit : ce dernier permettait peut-être de préserver un certain équilibre dans sa famille. La médiatrice questionne : « Et sans ce conflit, de quoi votre vie sera-t-elle faite ? A quoi verra-t-on que vous êtes sortie de cette période ? » Réfléchir à ces questions permet d'ouvrir sur l'avenir, de faire éprouver les gains à avoir fait la démarche de renoncer à ce conflit. Juste avant de prendre congé, Mme C. déclare : « Vous savez, je dois maintenant régler beaucoup d'autres choses. Mais c'était plus facile d'en vouloir à l'hôpital que de m'aventurer sur ce terrain-là... » On peut donc à ce stade formuler l'hypothèse que ce conflit avec l'hôpital avait une fonction protectrice pour Mme C. : lui éviter de remettre d'autres choses en question, et préserver un équilibre précaire dans sa vie.



RESULTATS STATISTIQUES

INTRODUCTION

Durant l'année 2018, l'Espace Patients&Proches a connu des changements en terme d'équipe et d'organisation. La permanence d'accueil a été réduite dès janvier 2018 à quatre après-midi par semaine au lieu de cinq précédemment. Quant à la permanence téléphonique, elle a été remplacée par un boîte vocale permettant de laisser un message avec l'assurance d'être rappelé très rapidement. Cette évolution répondait au souhait de l'équipe de médiation de travailler de façon plus planifiée, afin d'offrir une meilleure disponibilité durant les entretiens et de disposer de davantage de temps sans interruption pour traiter les situations et pour répondre aux sollicitations de restitutions des statistiques propres aux services, ou de formations sur la base des données recueillies à l'Espace Patients&Proches.

Comme le montrent les tableaux statistiques ci-après, la réduction des plages de permanence n'a pas entraîné de diminution du nombre de demandes puisque celui-ci a, après un plateau constaté en 2017, au contraire augmenté de 8%. L'accueil d'une assistante administrative à 30% en janvier 2018 puis d'une médiatrice en novembre devrait permettre de continuer à répondre de façon optimale aux demandes émanant d'une part des patients, proches et professionnels rencontrant des situations difficiles, d'autre part de l'institution et des collaborateurs intéressés à utiliser les données récoltées à l'Espace Patients&Proches dans le cadre de leurs réflexions sur l'amélioration de la prise en charge au CHUV. L'équipe des médiateurs est maintenant composée de trois médiatrices et d'un médiateur, engagés à 70% chacun.

Afin de rendre compte de l'évolution de l'activité de l'EPP, nous vous proposons un tableau synoptique de nos résultats durant les trois années de fonctionnement depuis l'introduction, en janvier 2016, de la nouvelle grille d'analyse des doléances⁵. Ces données seront ensuite commentées en focalisant sur l'activité 2018.

⁵ Cette grille a été établie sur un modèle de taxonomie des plaintes à l'hôpital, publiée par le British Medical Journal : Reader TW, et al. BMJ Qual Saf 2014;23:678–689



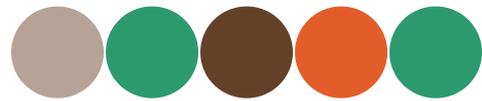
EPP - TABLEAUX COMPARATIFS 2016 – 2018

A	Activité	2016	2017	2018
	Nb de permanences (n= 622)	230	226	166
	Nb situations par permanence	2.3	2.4	3.5
	Nb situations (n=1668)	540	544	585
	Situations liées à un demandeur « vulnérable »	123	96	82 ⁶
	Situations « vulnérables ⁷ » en %	23	18	14
B	Traitement des demandes %			
	Contact direct (entretien)	51	50	46
	Téléphone	42	38	43
	Par écrit	7	12	11
C	Premier entretien %			
	Non planifié	77	76	70
	Planifié, sur RV	23	24	30
D	Demande par durée de traitement %			
	1 à 7 jours	55	58	49
	8 à 30 jours	22	19	21
	1 à 6 mois	21	19	27
	+ de 6 mois	1	1	2
	En cours	1	3	1
E	Temps effectif de traitement ⁸ %			
	1 heure	34	39	30
	1 à 2 heures	35	31	34
	2 à 5 heures	25	25	28
	5 à 10 heures	4	3	4
	+ de 10 heures	2	2	4
F	Prise en charge au moment de la doléance %			
	Hospitalisation	49	50	48
	Ambulatoire	46	44	49
	Autre	5	6	3
G	Demandeurs %			
	Patients	54	51	56

⁶ 12 patients comptabilisent 33 sollicitations dans cette catégorie.

⁷ Pour la définition, voir p. 18. Il s'agit le plus souvent de personnes qui présentent une fragilité psycho-sociale ou qui sont en conflit cyclique avec le CHUV.

⁸ 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.



Proches	35	36	33
Professionnels	11	13	11

H	Types de doléances %	2016 n=967	2017 n=941	2018 n=1028
	Communication	27	28	26
	Egards et attention	10	9	9
	Droit des patients	7	6	5
	Gestion et infrastructures	16	13	16
	Accès et attente	13	16	15
	Qualité de la prise en charge	14	15	13
	Sécurité	13	13	16
I	Domaine visé par la doléance %			
	Médical	43	40	46
	Administratif	22	13	15
	Soins	11	12	11
	Autre ⁹	5	8	5
	Non Applicable ¹⁰	19	26	23
J	Types de solutions ^{11%}	n=600	n=638	n=710
	Aucune suite	34	38	36
	Remise en lien	21	15	17
	Transmission d'informations recueillies	22	24	16
	Médiation	8	7	10
	Réorientation interne	10	13	16
	Réorientation externe	5	4	5
K	Contact avec le service concerné %	n=540	n=544	n=584
	Sans contact	32	32	33
	Avec contact	49	42	44
	Non applicable	19	26	23

⁹ Cette catégorie recouvre tous les autres domaines : hôtellerie, infrastructures, etc.

¹⁰ Concerne les situations sans doléances, par exemple les demandes de conseil ou questions d'ordre général.

¹¹ 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 un patient ou proche en lien avec un service clinique pour un aspect du problème (information, relationnel) et en même temps l'orienter vers l'Unité des affaires juridiques pour un autre aspect (demande d'indemnisation par exemple).

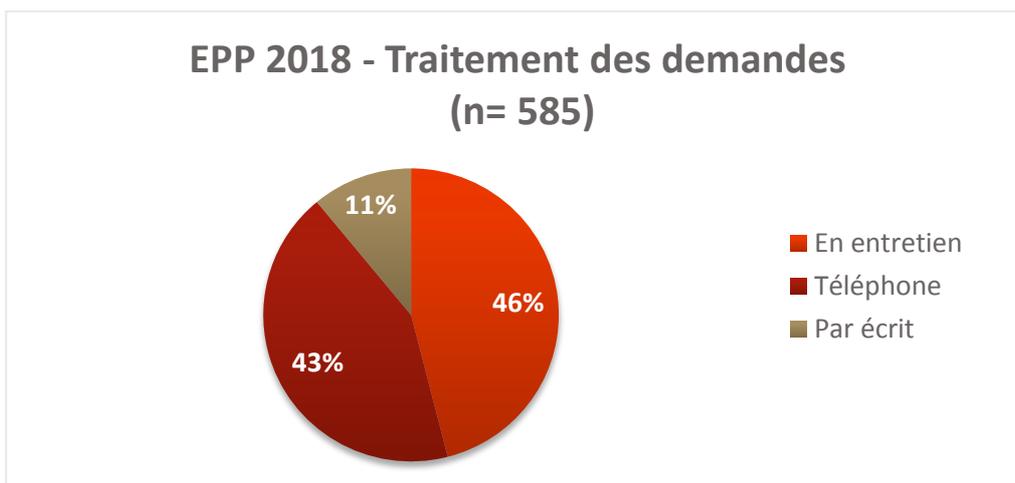


L'ACTIVITE

Si l'activité de l'EPP se distingue, depuis son ouverture, par une grande stabilité, certaines variations ont pu être constatées durant l'année écoulée. Après une stabilisation entre 2016 et 2017, le nombre de sollicitations a à nouveau augmenté en 2018 (585 nouvelles demandes contre 544 l'année précédente) et ce, nonobstant une réduction des jours de permanence d'environ 15% cette année (voir tableau synoptique ci-dessus, partie A). La diminution des jours d'ouverture de la permanence (166 contre 226 en 2017) est liée d'une part au passage de cinq à quatre permanences par semaine et d'autre part aux semaines de fermeture nécessaires au traitement des données (5 semaines en 2018). Les jours fériés sont aussi comptabilisés.

LES DEMANDES

Le mode de traitement des demandes (voir ci-dessous) a lui aussi connu un changement significatif par comparaison aux années précédentes. Ainsi, le nombre de situations traitées en entretien passe pour la première fois sous la barre des 50%, alors que le pourcentage de demandes traitées par téléphone augmente. Parallèlement, on note aussi une augmentation des entretiens sur rendez-vous (voir tableau synoptique ci-dessus, partie C).

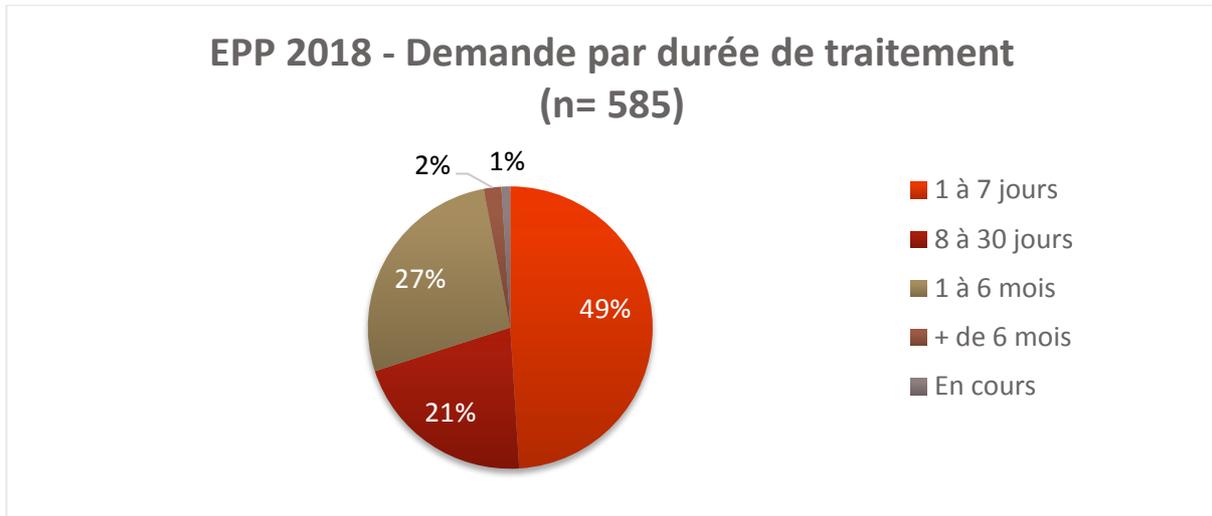


Ces résultats sont sans doute imputables à la réduction des plages d'accueil. Afin d'éviter une augmentation du traitement des situations par téléphone, l'équipe de médiation doit donc veiller à proposer systématiquement de recevoir les personnes en entretien dans les cas qui le requièrent. En effet, la possibilité d'un contact direct joue un rôle déterminant dans le travail de médiation. Tout en facilitant la compréhension mutuelle et la création de la confiance, l'entretien en face-à-face contribue aussi à la responsabilisation du demandeur, ou de la demandeuse qui, en décidant de venir raconter son vécu de la situation à un tiers, accepte la confrontation avec un regard extérieur.

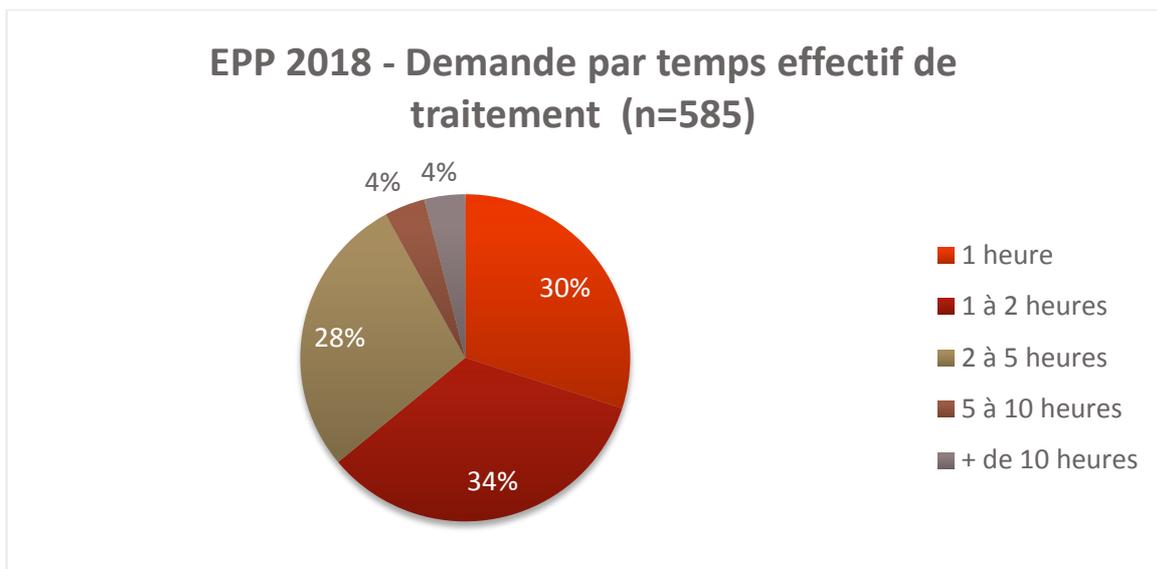
Quant au pourcentage plus important de demandes traitées par téléphone, il s'agit le plus souvent de situations simples (parfois administratives) qui peuvent être résolues par une remise en lien avec le service concerné, une réorientation vers la bonne unité ou une transmission d'information. Les sollicitations qui ne relèvent pas de la doléance mais plutôt du conseil ou du soutien (catégorie « Non Applicable » dans le tableau synoptique ci-dessus, partie I) sont généralement traitées par téléphone elles aussi.



Concernant le temps nécessaire à la gestion des situations, il apparaît que si la majorité d'entre elles sont toujours closes dans l'intervalle d'un jour à un mois, l'année 2018 est marquée par une augmentation de la durée globale de traitement des demandes entre la première prise de contact et la clôture (cf. p. 3 pour ces notions) du dossier (tableau synoptique, partie D). Ainsi, cette année, 30% des demandes nécessitent plus d'un mois de traitement, voire pour certaines d'entre elles, plus de 6 mois.



La même évolution peut être constatée concernant le temps effectif dévolu aux entretiens avec les patients, les proches ou les professionnels dans le cadre de la prise en charge d'une situation (tableau synoptique, partie E). Ainsi, si la majorité des situations nécessitent moins de deux heures de contact ou d'entretien pour arriver à une solution, plus d'un tiers requiert entre deux et plus de 10 heures de démarches (entretiens, téléphones, recherche d'informations, rencontres de médiation, etc.).



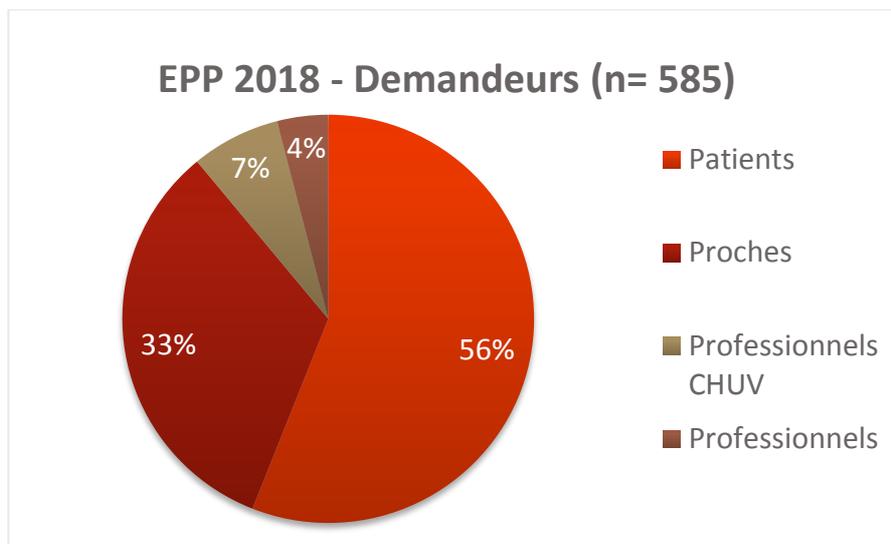
Ces résultats rendent sans doute compte de l'évolution du type de situations traitées par l'équipe de médiation, qui semblent être devenues plus complexes, tant au niveau clinique que par rapport au contexte psycho-social, et qui impliquent plus souvent plusieurs professionnels ou services.



Finalement, l'augmentation du temps de traitement des situations doit être mise en relation avec le plus grand nombre de rencontres de médiation (tableau synoptique, partie J) cette année (64 séances contre 42 en 2017). Leur organisation, préparation (entretiens préalables avec les patients, les proches et les professionnels) et tenue nécessitent un investissement en temps important. Nous y reviendrons lorsque nous aborderons le chapitre dédié aux solutions.

LES PERSONNES (PATIENTS, PROCHEs ET PROFESSIONNELS)

Le graphique ci-dessous montre quelles sont les personnes qui adressent une demande à l'Espace Patients&Proches (ci-dessous « demandeurs ») et dans quelle proportion.



Les patients et les proches

Les patients (tableau synoptique, partie G) ont été plus nombreux (+5% par rapport à 2017) à solliciter l'équipe de médiation. Globalement, cette proportion semble augmenter depuis l'ouverture de l'Espace Patients&Proches. Cette évolution est-elle le fruit du hasard, la conséquence du fait que les professionnels connaissent mieux l'équipe de médiation et y envoient davantage les patients, ou encore la résultante des débats publics autour de la notion de « patient partenaire », qui confère à ce dernier une place d'acteur¹² dans sa propre prise en charge et l'incite à questionner davantage

¹² Voir par exemple la conférence de décembre 2018 organisée entre autres par le Département universitaire de médecine et santé communautaires (DUMSC) du CHUV : Patient et savoir médical. Cobaye ? Expert ? Acteur ?. Repéré à :

<https://www.chuv.ch/fr/dumsc/dumsc-home/formation/formation-continue/dialogue-sante-et-societe/patient-et-savoir-medical-cobaye-expert-acteur/>

Dans un autre registre, voir la campagne « Eviter les erreurs – avec votre aide », menée par la Fondation Sécurité des patients Suisse, qui incite les patients à prendre la parole quand ils ont des doutes ou des questions sur leurs traitements afin d'éviter des erreurs :

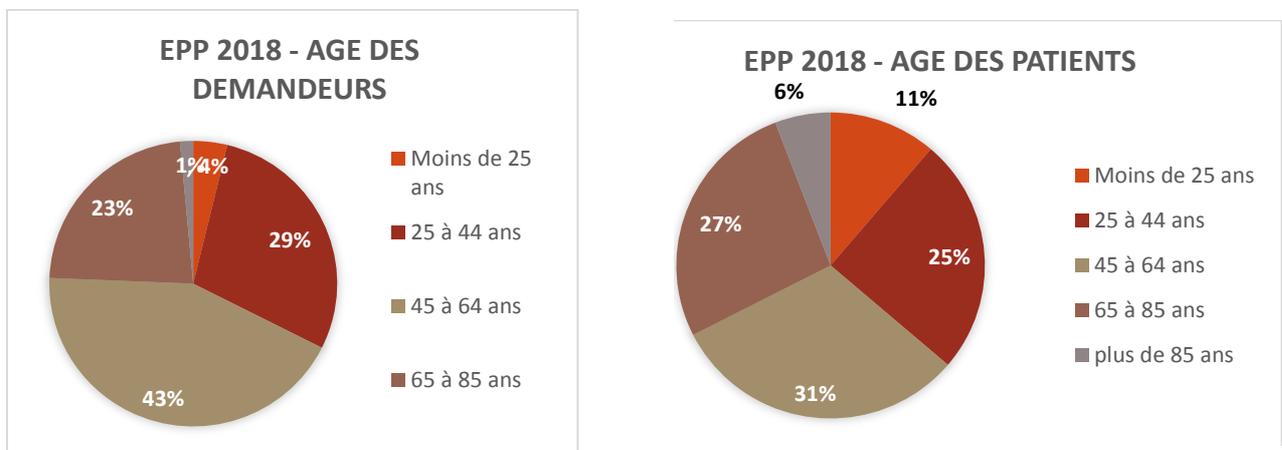
https://www.patientensicherheit.ch/fileadmin/user_upload/2_Forschung_und_Entwicklung/PATEM/Web_Print_Ihre_Sicherheit_fr.pdf



l'institution hospitalière ? Nous n'avons actuellement pas de réponse à cette question qui mériterait d'être réexaminée si cette tendance devait se confirmer en 2019.

Les proches de patients se plaignent quant à eux souvent d'un manque d'information. Ils expriment le sentiment de ne pas être pris en compte, intégré dans la prise en charge ou dans les décisions bien qu'ils jouent un rôle important auprès du patient au dehors de l'hôpital. Il arrive aussi régulièrement que des proches sollicitent l'Espace Patients&Proches après un décès survenu au CHUV, lorsque des incompréhensions ou des doutes persistent concernant la prise en charge. Ces situations à forte teneur émotionnelle sont souvent traitées en médiation.

L'âge des demandeurs reste stable d'année en année, comme celui des patients. Dans presque la moitié des situations, le demandeur est une personne qui a entre 45 et 64 ans, qui vient pour elle-même ou pour un proche généralement plus âgé (65 ans et plus), comme l'atteste le graphique relatif à l'âge des patients.



En 2018 comme les années précédentes, les femmes sont majoritairement représentées¹³ à la fois dans la catégorie « patients » (56%), et dans la catégorie « proches » (66%). Jusque-là nous n'avons pas questionné ce résultat. Ceci étant, une analyse des témoignages sous l'angle du genre permettrait peut-être d'établir la présence ou l'absence d'attentes ou de doléances spécifiques aux unes ou aux autres, et de mettre en évidence l'impact des stéréotypes de genre sur l'interaction soignant-soigné. Ceci pourrait contribuer à mieux comprendre certains enjeux de communication entre médecins et patient.e.s et partant, à alimenter la réflexion dans ce domaine pour améliorer la prise en charge. Ainsi ce témoignage d'une patiente : « J'ai le sentiment qu'en tant que femme et grand-mère, on me prend vraiment à la légère. »

Comme les années précédentes, un certain nombre de patients et de patientes que nous identifions comme « vulnérables » se sont adressés à l'équipe de médiation. Il s'agit le plus souvent de personnes (des hommes pour 60%) qui présentent une fragilité psycho-sociale ou qui sont en conflit cyclique avec le CHUV en raison d'attentes excédant le cadre d'une prise en charge médicale ou soignante. En tant que lieu neutre et confidentiel sans lien avec les services cliniques, l'Espace Patients&Proches est alors identifié comme un espace où venir dire ses difficultés sans risque. Il est fréquent que ces patients « vulnérables » nous sollicitent à chaque nouveau problème : 12 personnes ont ainsi sollicité l'Espace

¹³ Les femmes représentent la majorité de la patientèle du CHUV (53% en 2018).



Patients&Proches 2 à 3 fois dans l'année. Nous restons attentifs à rappeler les limites de notre mission. Il arrive aussi que les équipes médico-soignantes demandent l'aide de l'équipe de médiation pour mieux comprendre la problématique ou la demande de certains de ces patients, et tenter de résoudre la situation d'une façon qui convienne à tous. Notons que 15% des médiations qui ont eu lieu en 2018 concernent de telles situations et que le tiers d'entre elles ont été organisées suite à une demande des professionnels.

Les professionnels

Les sollicitations de professionnels (11%), émanent principalement de collaborateurs du CHUV (7%). Elles proviennent pour une moitié de médecins (souvent des cadres) et pour l'autre, de personnes avec une fonction soignante ou administrative. Il s'agit à parts égales de demandes de conseil et d'intervention. Dans ce cas, l'équipe de médiation est clairement identifiée comme une ressource par les professionnels pour traiter des situations de crise ou de conflit qui se sont parfois enkystées. En 2018, 11% des médiations ont ainsi été organisées suite à des demandes de médecins soucieux de rétablir le dialogue avec les patients ou leurs proches.

Concernant les demandes de professionnels hors CHUV, elles relèvent - c'est une nouveauté cette année - en majorité de médiateurs ou médiatrices en formation qui s'intéressent à la médiation hospitalière et souhaitent pouvoir bénéficier d'informations sur notre activité ou d'un stage à l'Espace Patients&Proches. Bien que convaincus de l'intérêt de contribuer à la connaissance de ce champ spécifique de la médiation, nous n'avons pu accueillir de stagiaires en 2018 en raison de notre charge de travail.

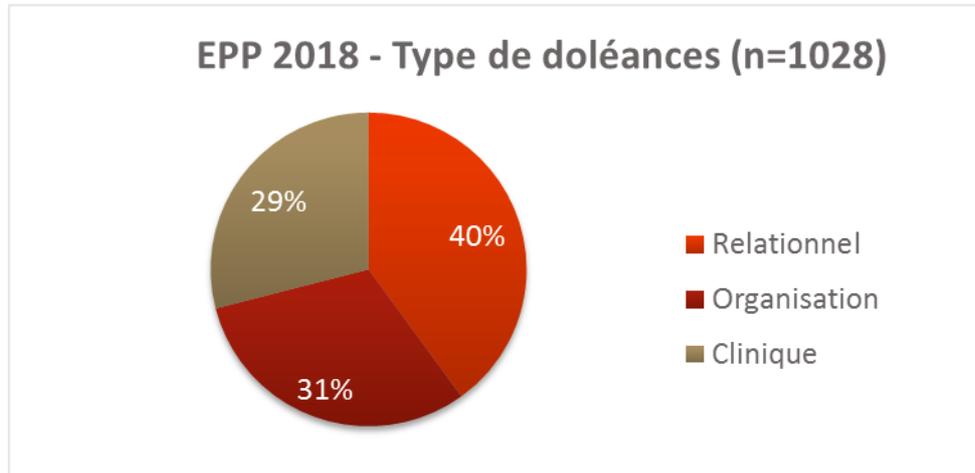
Les autres sollicitations de professionnels (4%) émanent pour la plupart d'entreprises, de partenaires, d'anciens collaborateurs, etc. et ne relèvent pas d'une situation de conflit. Ces demandes, liées à un haut référencement de l'Espace Patients&Proches sur *Google*, ont été réorientées par l'équipe de médiation. Soulignons finalement que seuls quatre professionnels hors CHUV ont contacté l'Espace Patients&Proches cette année concernant une prise en charge au CHUV : il s'agit de médecins installés pour l'un de leurs patients ou de curateurs pour leur pupille.

Avant d'aborder le chapitre consacré aux doléances, il convient de dire quelques mots des sollicitations qui parviennent à l'Espace Patients&Proches et qui ne relèvent pas de la plainte (tableau synoptique, partie I, catégorie « Non Applicable »). Ces demandes concernent un peu moins d'un quart de toutes les situations et sont en légère régression par rapport à l'année précédente. On retrouve dans cette catégorie les sollicitations de professionnels CHUV évoquées ci-dessus, et celles d'usagers ou de personnes à la recherche d'une orientation ou d'une aide à la réflexion sans lien avec une situation d'insatisfaction. Il peut s'agir par exemple de patients à la recherche de renseignements concernant l'accès au CHUV depuis l'étranger ou alors de demandes de soutien émanant de proches rencontrant une situation difficile. Nous offrons une écoute et réorientons ces personnes vers les professionnels ou services concernés : direction médicale, équipes soignantes ou institutions partenaires.

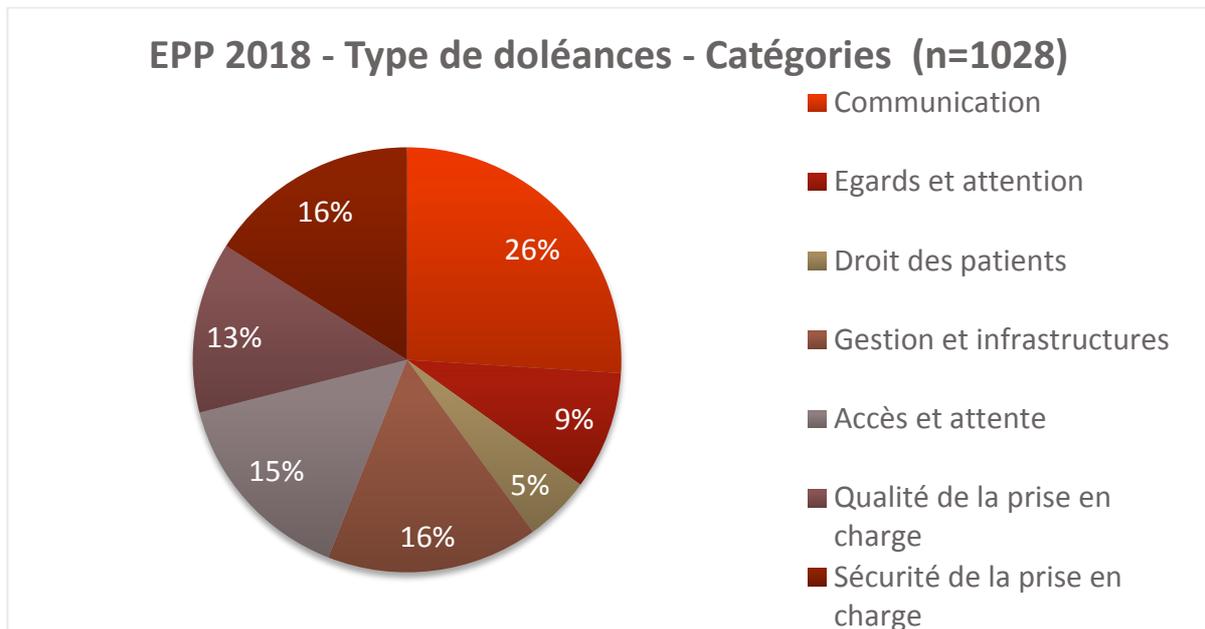


LES DOLÉANCES

Les patients et les proches évoquent les difficultés vécues à l'hôpital ; les médiatrices ou le médiateur les traduitent en « types de doléances », selon des catégories regroupées en trois domaines principaux : Relationnel, Organisation et Clinique



Ces 3 domaines sont eux-mêmes divisés en sept catégories (tableau synoptique, partie H).



Comme les années précédentes, nous constatons que les difficultés relationnelles représentent encore et toujours le cœur des insatisfactions rapportées par les patients et leurs proches, avant les aspects relevant de l'organisation et de la clinique. Les doléances portant sur les aspects organisationnels accusent toutefois une légère augmentation par rapport à 2017 (31% contre 29%). Elles concernent principalement les aspects administratifs et l'attente. Nous y reviendrons plus en détails ci-dessous.



Il serait erroné de penser que ces domaines peuvent être considérés séparément. En effet, nous savons d'expérience qu'un problème relationnel ou organisationnel peut avoir des répercussions non négligeables sur la prise en charge clinique. Ainsi, un patient en rupture de confiance suite à l'annulation de deux rendez-vous ou parce qu'il a le sentiment que sa situation est banalisée sera moins réceptif aux explications ou conseils des soignants et aussi moins enclin à transmettre des informations le concernant. La citation suivante illustre à cet égard comment une interaction soignant/soigné mal vécue peut contribuer à une « mauvaise » compliance:

« Je dis au médecin que j'ai peur de l'effet secondaire de ce traitement. Elle a fait comme si elle n'entendait pas mes réticences et a rempli l'ordonnance. Pendant plus d'un mois, j'ai regardé la boîte de médicament posée sur ma table de cuisine sans me résoudre à le prendre, tellement il me faisait peur. »

Le tableau proposé à la page suivante offre un aperçu détaillé de notre grille d'analyse, et des variations du nombre de doléances par sous-catégories entre 2016 et 2018.



Domaine	Catégorie de doléances	Sous-catégorie	2016 n=967	2017 n=941	2018 n=1028
Relationnel	Communication	Relation patient/équipe, écoute	99	100	96
		Communication déficiente (pro – p&p)	86	99	80
		Information	80	69	90
	Egards et attention	Egards, empathie, respect, dignité	59	59	72
		Comportement de l'équipe	34	22	29
	Droits des patients	Discrimination	27	19	19
		Violence subie	15	15	12
		Secret médical	18	9	8
		Consentement	8	8	10
		Directives anticipées	0	1	0
		Contention	3	0	2
	Organisation	Accès et attente	Attente et disponibilité	63	81
Accès à l'hôpital et aux professionnels			36	40	19
Sortie			16	20	26
Transfert et orientation			13	9	22
Gestion et infrastructures		Administratif	70	67	95
		Equipements, hôtellerie	35	30	31
		Facturation et coûts	25	11	19
		Prestations de soutien	13	9	8
		Dotation et ressources	11	9	9
		Clinique	Qualité de la prise en charge	Qualité des soins	48
Coordination de la PEC	51			43	46
Efficacité du traitement	24			20	23
Examen clinique ou para clinique	10			10	6
Sécurité	Compétences et conduite		45	60	45
	Diagnostic		32	28	43
	Complication, Incident		30	24	44
	Médicament		16	7	29



Les variations concernent surtout les sous-catégories, la répartition des doléances restant relativement stable en ce qui concerne les domaines principaux. En 2018, comme les années précédentes, c'est la catégorie « Communication » qui est le plus souvent citée comme problématique par les patients et les proches, qui regrettent particulièrement de ne pas être suffisamment écoutés ou reconnus comme partenaire. C'est parfois aussi le partenariat interprofessionnel qui est visé :

« Ça a été long pour que les médecins finissent par écouter les infirmières et la famille. Les infirmières s'en plaignent d'ailleurs tout le temps. A la fin ça a été parfait. »

Un accès insuffisant à l'information a aussi été particulièrement relevé cette année. Cela peut concerner des problèmes asséculoologiques :

« Le médecin ne m'a jamais dit que ce traitement ne serait plus pris en charge. Si j'avais su que l'assurance ne paierait pas, je n'aurais pas fait cette intervention. »

Certains regrettent encore un manque d'information concernant l'évolution de la prise en charge d'un proche et le fonctionnement de l'institution:

« Cette soignante ne nous donne pas d'information ; j'ai l'impression qu'on n'est pas associé. Eux, ils savent comment ça se passe, mais moi je ne sais pas. On nous dit juste que c'est en cours et c'est tout ce que je peux répéter à ma maman qui s'inquiète. »

Dans la catégorie « Gestion », la deuxième regroupant le plus de doléances, les difficultés liées à l'aspect administratif ont à nouveau été spécialement mentionnées cette année : oublis ou erreurs de convocation, déconvocations, rapport médical qui tarde à être adressé au médecin de famille ou demande de renseignements de la part de l'assurance-invalidité (AI) qui n'est pas retournée, autant d'aléas dont les conséquences peuvent être lourdes pour les patients :

« Depuis plus d'une année, l'AI attend les documents du CHUV et moi une aide financière. Je ne sais plus à qui demander. »

Les doléances regroupées dans la catégorie « Accès et attente » sont récurrentes, qu'elles portent sur la difficulté d'accéder à une prise en charge, sur le délai pour initier un traitement ou pour bénéficier d'une intervention chirurgicale, ou sur le temps mis par le personnel à répondre à la sonnette dans les chambre. Ce délai contribue souvent à accroître l'anxiété :

« Cela fait des mois qu'il attend. Il a dû attendre plus d'un mois avant d'obtenir la première consultation avec le médecin et deux mois et demi supplémentaires sans que rien ne se fasse ! Au total trois mois et demi ! Et pendant ce temps, la maladie progresse peut-être. »

Dans le domaine général consacré à la « Clinique », c'est la qualité des soins médicaux ou infirmiers qui est le plus souvent critiquée : des gestes rudes, un défaut de soins de confort, etc. Les doléances touchent alors autant le personnel soignant que le personnel médical.



« Certains médecins, ils vous tâtent la poitrine... ils auraient un morceau de foie que ce serait pareil. Et le tout, sans m'adresser un seul mot durant tout l'examen. Moi je me dis que ce n'est pas en y allant fort qu'il va mieux sentir ! »

Mais c'est dans la catégorie « Sécurité » que l'on trouve la plus grande augmentation des doléances en comparaison avec les années précédentes (tableau synoptique, partie H). Les problèmes liés au diagnostic apparaissent particulièrement :

« Lors de la sortie, ils n'ont pas regardé les choses dans leur globalité et ils n'ont pas vu que j'avais une infection au pied. Du coup, j'ai dû revenir en urgence. »

La prescription des médicaments est également pointée du doigt dans cette catégorie :

« A la pharmacie, ils ont été surpris et atterrés par la prescription du médecin qui entrainait en contradiction avec la médication que je prends pour la ménopause! Le médecin ne m'avait ni questionnée, ni informée à ce sujet. »

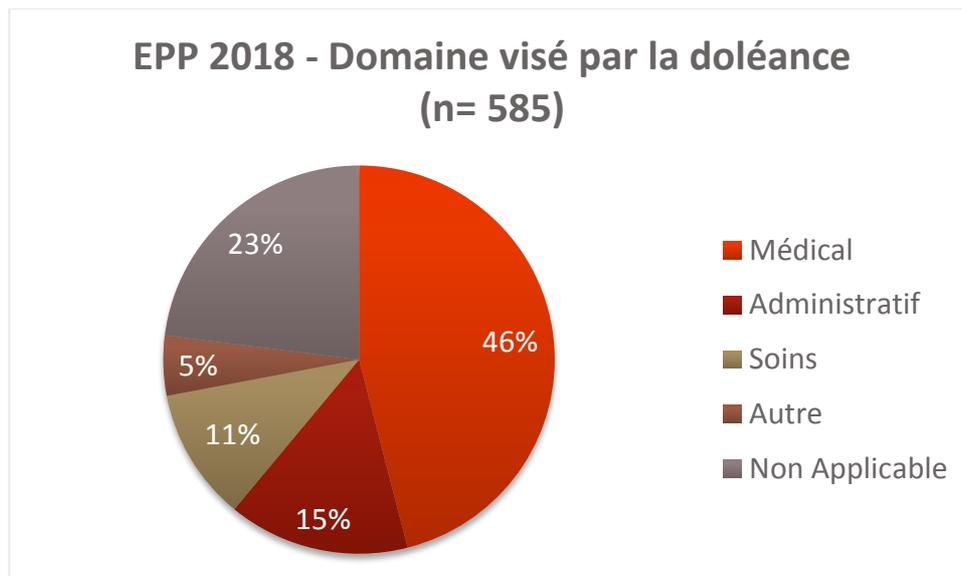
Les patients et leurs proches évoquent aussi des « dysfonctionnements » qui, à leurs yeux, peuvent déboucher sur des complications ou des incidents :

« Je consulte pour des douleurs après une intervention. Le médecin me dit : 'Si le résultat de l'examen de contrôle montre qu'il faut intervenir en urgence, je vous appelle. Sinon, vous recevrez un rendez-vous pour un contrôle dans 3 à 4 semaines'. Ne voyant rien venir, je rappelle après plusieurs semaines. Ils ont oublié de me recontacter, il y avait effectivement un problème qui s'est encore aggravé. Pas d'excuses, rien. Je ne trouve pas normal de devoir payer pour ça. »

Dans certains cas, la doléance résulte sans doute moins d'un défaut de savoir-faire que de l'absence d'explications, de regrets et de suivi. Les patients et leurs proches interprètent alors le comportement du personnel soignant comme le signe qu'une « erreur » a été commise :

« Ça fait trois semaines que je suis à l'hôpital pour des complications suite à une intervention que l'on m'a présentée comme *simple*. Je n'ai reçu aucune information sur ce qui s'est vraiment passé. Le médecin passe en coup de vent et reste évasif. Je pense qu'il s'agit d'une erreur médicale. »

On retrouve la doléance « complications et incidents » dans un tiers des médiations organisées en 2018.



Concernant finalement les domaines sur lesquels portent la doléance, c'est le domaine médical qui est, largement, visé en premier lieu. Ceci ne constitue pas une surprise, les médecins assumant à la fois la responsabilité de la prise en charge médicale et une lourde part du suivi administratif. Peut-être que l'introduction de collaborateurs administratifs¹⁴ déchargeant les médecins ainsi que d'infirmières et d'infirmiers cliniciens spécialisés¹⁵ qui assurent la coordination de la prise en charge conduira à une réduction de cette proportion.

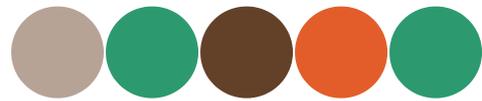
LES SOLUTIONS

Un peu plus d'un tiers des situations trouvent une solution sans que nous ne contactions les professionnels concernés.

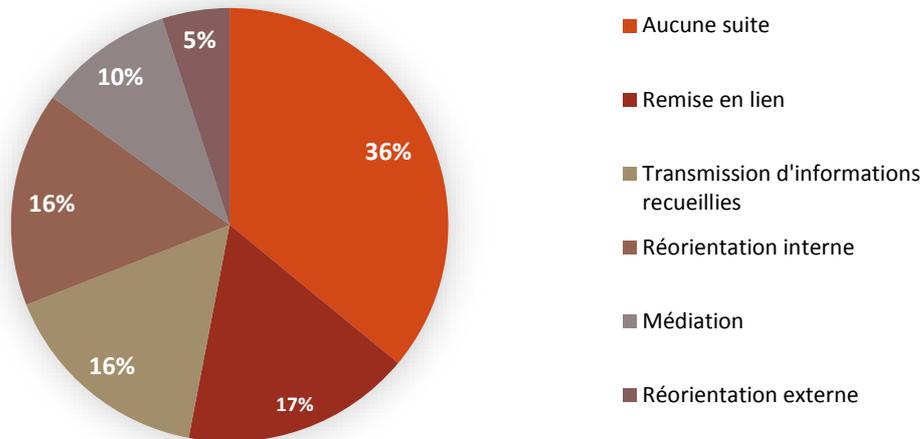
Si le médiateur ou les médiatrices interviennent, ils peuvent par exemple remettre les patients ou leurs proches en lien avec les équipes concernées en leur transmettant le nom des interlocuteurs à solliciter (l'infirmière cheffe d'unité par exemple). Selon nos principes de fonctionnement, nous proposons de faciliter la remise en lien uniquement si les patients et leurs proches ne se sentent pas capables d'entreprendre seuls des démarches, en cas de forte charge émotionnelle, par exemple. Dans cette dernière situation, il arrive que le médiateur ou les médiatrices contactent les soignants par téléphone pour s'assurer que le patient ou les proches peuvent bénéficier d'une consultation ou d'un entretien et sensibiliser les équipes à l'état d'esprit de ces derniers.

¹⁴ Voir par exemple la délégation de tâches médico-administratives à des secrétaires pratiquées dans le Service de médecine interne du CHUV : <https://www.revmed.ch/RMS/2017/RMS-N-584/Delegation-des-taches-medico-administratives-perspectives-croisees-entre-medecins-assistants-et-secretaires>

¹⁵ Le CHUV a fait œuvre de pionnier en matière de pratique infirmière avancée. Voir à ce sujet : <https://www.chuv.ch/fr/dso/dso-home/nos-metiers/soins-infirmiers/succes-enjeux/>



EPP 2018 - Types de solutions (n=710)



Nous constatons cette année une augmentation des réorientations à l'interne principalement vers l'Unité des affaires juridiques et la Direction médicale. Ces instances représentent une ressource autant pour les patients et les proches, en cas de demande d'investigation par exemple, que pour les professionnels rencontrant une situation complexe telle qu'un événement indésirable.

Outre l'augmentation du nombre de médiations en 2018 (tableau synoptique, partie J), l'équipe observe aussi des changements dans la forme qu'elles revêtent : il y a davantage de médiations complexes impliquant plusieurs services (20% des médiations), et de situations donnant lieu à plusieurs rencontres (7 % des situations traitées en médiation en 2018).

On retrouve des tendances dans le type de situations donnant lieu à une médiation : une grande partie concerne des gestes de soins, des complications peropératoires, des douleurs ou encore des incidents. Les patients et les familles pointent un manque d'information ou regrettent que le suivi proposé par le CHUV soit inexistant, insignifiant ou peu attentionné. A de nombreuses reprises, les patients ou leurs proches ont tiré des liens de cause à effet entre plusieurs événements survenus au CHUV (un problème administratif, une infection, des effets indésirables occasionnés par la médication, etc.) et de potentielles complications cliniques. Ils déduisent de la conjonction entre ces événements qu'une « erreur médicale », une « négligence » ou un « manquement » au niveau des processus de prise en charge hospitalière a eu lieu.

Une autre catégorie importante recouvre tout ce qui est associé par les patients et leurs proches à un vécu difficile dans la relation avec les équipes soignantes, dans des situations médicales souvent complexes assorties de problèmes de coordination de la prise en charge. La plupart de ces demandes interviennent dans un contexte de maladie chronique, ou ont une visée « préventive » : il s'agit de clarifier, voire d'améliorer les conditions de coopération au cours d'un suivi préexistant ou de rencontrer les équipes pour éviter de revenir au CHUV marqué par une expérience précédente négative.

Toutes ces rencontres permettent de clarifier la situation : les patients, qu'ils soient accompagnés de leurs proches ou non, reçoivent des informations leur permettant de poursuivre leur prise en charge



ou leur parcours plus sereinement. Un certain nombre de médiations (environs 10%) sont demandées par les familles suite au décès d'un être cher à l'hôpital. Le chapitre thématique précédent offre une illustration de cette évolution des rencontres de médiation organisées à l'Espace Patients&Proches.



MISE À DISPOSITION DES INFORMATIONS RECUEILLIES

Le cœur de métier des collaboratrices et du collaborateur de l'Espace Patients&Proches réside dans leur travail de médiation et dans la documentation systématique des situations. Le second volet de leur fonction consiste à anonymiser et analyser les données collectées afin de les valoriser, puis d'en faire profiter un maximum de personnes, dans l'institution et au-dehors. L'objectif est double : tirer un enseignement des expériences difficiles et prévenir le conflit à l'hôpital.

RESTITUTIONS DE DONNÉES

Le Département de la santé et de l'action sociale (DSAS), les directions du CHUV, celles des départements et des services cliniques sont nos premiers interlocuteurs car, en raison de leur expertise et de leur connaissance du terrain, ils sont les mieux placés pour distinguer dans nos données ce qui relève du particulier de ce qui représente un enjeu général. Ainsi, fréquemment lors des restitutions, nos interlocuteurs soulignent que des témoignages recueillis leur sont utiles pour réviser des processus ou sensibiliser les collaboratrices et collaborateurs à l'amélioration de certaines pratiques.

En 2018, nous avons présenté notre activité et nos résultats aux personnes et instances suivantes :

- M. le Conseiller d'Etat Pierre-Yves Maillard, responsable du DSAS, et son équipe
- Le Pr Pierre-François Leyvraz, Directeur général du CHUV
- L'ensemble du Bureau qualité et sécurité des soins du CHUV, composé de la Direction des soins et de la Direction médicale et conduit par le Directeur général adjoint, M. Oliver Peters
- Les directions médicale, infirmière et administrative de trois grands services du CHUV.

COLLABORATIONS ET PROJETS

CHUV

Collaborations régulières et projets institutionnels

Pour le travail quotidien et autour de projets institutionnels, nous travaillons sur une base régulière avec Mme Sandrine Jordan, Cheffe de l'**Unité des affaires juridiques** et ses collaboratrices et collaborateurs, ainsi qu'avec Mme la Dre Mirela Caci, **Directrice médicale** adjointe et son équipe.

L'une des médiatrices a poursuivi son action au sein du **projet Plateforme**¹⁶. Plusieurs fois par an, ces rendez-vous ouverts à tous les professionnels du CHUV offrent l'occasion de penser l'évolution du métier. Si les premières éditions interrogeaient des problématiques cliniques, la réflexion a évolué avec le temps, notamment sur l'année 2018, vers des problématiques institutionnelles, illustrant la complexité de l'univers hospitalier et le lien entre la prise en charge des patients d'une part, et une réalité institutionnelle vécue par les professionnels d'autre part. La première rencontre a porté sur

¹⁶ Membres du comité : Dre Mirela Caci, juriste, Directrice médicale adjointe; Mme Nadia Fucina, Adjointe à la Direction des soins (ADSD), Département d'oncologie; Mme Béatrice Schaad, Cheffe du Service de communication; Mme Floriane Bornet, Médiatrice à l'Espace Patients&Proches; M. Mario Drouin, Responsable de la formation et de l'enseignement au service Aumônerie; Pr Patrice Guex, ancien Chef du Département de psychiatrie ; Dr Michael Saraga, médecin associé en Psychiatrie de liaison.



l'épuisement professionnel. Pour la première fois à *Plateforme*, le comité a récolté des témoignages directs, et certains collaborateurs touchés par le *burnout* ont partagé leur expérience. La deuxième rencontre proposée s'inscrivait dans la droite ligne de la première, puisqu'elle avait pour sujet le sentiment que les professionnels ont parfois de ne pas exercer comme il le souhaiterait un métier qu'ils ont pourtant choisi au nom de valeurs spécifiques. Ces rencontres de deux heures ont chacune réuni une trentaine de personnes issues de professions et de spécialités variées (infirmiers, médecins, responsables des Ressources humaines, aumôniers, éthiciens, etc.).

Nous collaborons également régulièrement avec nos collègues du **Service de communication**, en partageant des données rendues anonymes et des réflexions, notamment avec Mme Anne-Sylvie Diezi, responsable du **projet Information patients**. Comment informer les patients de manière claire, complète, compréhensible, nuancée ? Les témoignages de patients qui ont mal vécu l'information au CHUV viennent éclairer ce projet institutionnel. La sensibilité des professionnels du conflit a été également sollicitée lors de la réédition de la **brochure d'information aux patients**. Par ailleurs, un nouveau lieu d'expression des plaintes nous amène à coopérer de plus en plus fréquemment avec M. Gary Drechou, responsable éditorial et responsable des **médias sociaux**. En effet, les doléances à l'encontre du CHUV - voire des reproches personnels dirigés contre des collaboratrices et collaborateurs - ne sont plus rares sur ces plateformes d'échanges. Parfois, quand ces situations se présentent, les patients et leurs proches sont invités par le Service de communication à contacter l'équipe de médiation afin de réfléchir à une issue constructive au conflit. Il arrive également que les professionnels, se sentant diffamés sur les réseaux sociaux, s'adressent à nous pour un soutien ou une demande de médiation.

Le CHUV compte deux types de médiation : la médiation en entreprise, à l'**Espace Collaborateurs**, concerne les conflits entre salariés de l'institution ; la médiation hospitalière, à l'Espace Patients&Proches, traite les conflits entre usagers et professionnels. Si le domaine d'activité et les enjeux traités sont différents, le métier de médiateur est le même, tout comme la mécanique du conflit et ses implications émotionnelles. Mme Lauriane Bridel et M. Xavier Ganioz, tous deux médiateurs à l'Espace Collaborateurs, ainsi que les signataires de ce rapport se rencontrent par conséquent plusieurs fois par année pour échanger sur leurs pratiques. Il est important de rappeler ici encore que la confidentialité est rigoureusement respectée et que les situations évoquées entre ces deux entités sont scrupuleusement anonymisées.

Une rencontre de suivi a également été organisée à propos du projet **GPS+**, (pour « gestion pro-active des séjours »), mené par Mme Jacqueline Jeanmonod (Direction médicale) et M. Jean-Jacques Monachon (Direction des soins) : une façon de se tenir au courant du déploiement de ce projet institutionnel important. Celui-ci vise à améliorer l'efficacité du séjour et la qualité de la prise en charge des patients ainsi que la collaboration entre professionnels, et l'équipe de médiation y avait été associée l'année précédente via une collecte et une analyse de données ciblées.

En 2018, nous comptons encore des rencontres occasionnelles avec divers services. Une séance de coordination a eu lieu avec Mme Marlyse Ischer, assistante, et M. Federico Cathieni, responsable de recherche de la cellule Enquêtes de satisfaction et d'opinion des patient-e-s et des employé-e-s (**ESOPE**) au sein de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP). Il peut arriver que des plaintes écrites soient adressées à cette unité d'évaluation des soins dont l'une des missions est de mesurer la satisfaction et l'expérience des patients, mais pas de répondre aux usagers. Or dans certains cas, la gravité des situations décrites dans les questionnaires d'évaluation, ou la charge émotionnelle qui s'en dégage, rend une prise de contact nécessaire. Ces situations sont réorientées à l'Espace Patients&Proches, et les deux équipes ont travaillé sur les critères et les modes de réorientation réciproques.



Une médiatrice a travaillé sur la question de la **douleur** avec Mme Yolande Kottelat, du Centre des formations, en mettant à disposition des témoignages sur le sujet.

Nous avons encore collaboré avec M. Orest Weber, linguiste à l'Unité psy et migrant du Département de psychiatrie, pour réfléchir aux enjeux de l'**interprétariat**, sur la base des expériences de patients et de proches.

Collaborations interinstitutionnelles

Nous coopérons avec Mme Sophie Crisinel, médiatrice à l'**Hôpital Riviera Chablais**, qui développe la médiation hospitalière dans la perspective du futur Hôpital de Rennaz. Nous partageons nos expériences et l'outil de monitoring développé au CHUV sera utilisé dans ce nouvel espace de médiation.

L'**Hôpital Ophtalmique Jules-Gonin** crée également un lieu de médiation entre usagers et professionnels et l'équipe de l'Espace Patients&Proches a été sollicitée pour du conseil ainsi que pour le recrutement du médiateur responsable.

ENSEIGNEMENT ET PRÉSENTATIONS

CHUV

Les médiatrices, le médiateur, ainsi que Mme Béatrice Schaad, responsable de l'Espace Patients&Proches et du Service de communication, enseignent toujours régulièrement dans des programmes institutionnels de formation continue, sous la responsabilité du Centre des formations, de la Direction des ressources humaines, ainsi que 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
- « Cadre dans les professions soignantes – Prise de rôle et attentes institutionnelles »
- « Les personnes âgées, du préventif au palliatif »

A la demande des professionnels, nous avons également participé à des cours ou construit des interventions de formation sur mesure :

- « Relations interpersonnelles aux Urgences gynéco-obstétricales », Département femme-mère-enfant
- Journée de formation consacrée à l'intégration des familles et des proches dans le Service de soins intensifs adultes
- Conférence sur « les conflits à l'hôpital, source d'enseignement sur les communications médicales », Institut des humanités en médecine (IHM)

Enseignement/interventions auprès d'institutions partenaires

Comme l'année précédente, nous avons poursuivi nos enseignements en collaboration avec la Faculté de biologie et de médecine (FBM) de l'Université de Lausanne (UNIL), la Haute école de santé Vaud (HESAV) et l'Université de Genève (UNIGE) :



- Enseignement prégradué (4ème année) de la FBM, cours blocs du Service de médecine interne : « Le conflit à l'hôpital » (cours théorique et ateliers réflexifs). Les médiatrices et le médiateur interviennent avec Dre Béatrice Schaad, cheffe du Service de la communication du CHUV, et Dre Céline Bourquin, responsable de recherche en Psychiatrie de liaison au CHUV. Après deux interventions pilotes réalisées auprès des étudiants de 4ème année durant l'année précédente, le cours dédié aux conflits à l'hôpital a été définitivement intégré en 2018 aux cours-blocs de médecine interne. Les étudiants, répartis en cinq groupes, ont pu rencontrer les médiatrices et le médiateur lors d'une intervention articulée en deux temps : une partie d'enseignement en auditoire évoquant la problématique du conflit en milieu de soins et basée sur les témoignages des patients, de leurs proches et des professionnels rencontrés dans le cadre de la pratique de l'équipe de médiation ; puis une rencontre en petits groupes permettant aux étudiants d'aborder des situations concrètes rencontrées durant leurs stages et, ce faisant, d'intégrer le contenu théorique en échangeant entre pairs.
- HESAV (2ème année Bachelor) : « Approche du conflit dans le domaine interprofessionnel ». Une médiatrice participe depuis 3 ans à la semaine interprofessionnelle traitant du conflit, destinée aux étudiants de toutes les filières. Cette année, elle a également collaboré à l'élaboration de la journée de clôture qui proposait aux étudiants le visionnement d'un documentaire consacré à l'épuisement professionnel, suivi d'un débat avec un panel d'acteurs de la santé dans différents domaines (soins, psychiatrie, ressources humaines, médiation). L'objectif de cette matinée était à la fois de sensibiliser les étudiants à cette problématique, et de faire émerger les ressources pouvant être sollicitées dans de telles situations.
- CAS UNIL-UNIGE « Qualité et sécurité des soins : module "Information et participation du patient". »
- DAS UNIL-UNIGE « Qualité et sécurité des soins : module "patient partenaire". »

Par ailleurs, l'une des médiatrices est intervenue à la demande de M. Jean-Pierre Michaud, Maître d'enseignement à HESAV, pour échanger avec la population lors d'une rencontre à la Maison de quartier de Chailly à Lausanne, sur le thème : « Préparer son hospitalisation ».

Enseignement dans le domaine de la médiation

Comme par le passé, nous faisons la promotion de la médiation hospitalière en intervenant dans deux des quatre formations (CAS) pour les médiateurs en suisse romande. Il s'agit de :

- Université de Frigourg (UniFr) : CAS de méditation, formation à la médiation hospitalière.
- Haute école 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 l'EPP continue de bénéficier de la **supervision** du Pr Guex. Des situations particulièrement complexes, emblématiques ou qui ont éveillé des résonances sensibles chez les médiateurs y sont explorées.

En 2018, Mme Simonin-Cousin, médiatrice et intervenante en Thérapie Sociale (TST) a supervisé les médiatrices et le médiateur durant une journée, en travaillant sur la dynamique du groupe.



Quant aux **formations continues** individuelles, Fabienne Borel a obtenu son titre (CAS) en « Approche centrée sur la solution » à la Haute Ecole de Travail Social (HETS-SO Genève). Floriane Bornet a terminé son CAS en « Méthodes d'intervention et de thérapie d'orientation systémique » (UNIL- EPFL) et Thierry Currat a terminé les cours de « Thérapie sociale » à l'Institut Charles Rojzman, pour commencer une pratique supervisée.

Ces temps de formation et de supervision permettent de répondre aux exigences du titre de Médiateur reconnu par la Fédération suisse des associations de médiation (FSM).

Enfin, deux médiatrices ont suivi une sensibilisation à **Teamstepps** proposée par le Centre des formations du CHUV. Il s'agit d'une méthode de communication interprofessionnelle structurée utilisée par les équipes cliniques afin d'améliorer l'échange d'information et la qualité des soins aux patients.

PRESSE ET MÉDIAS

Guignier, B. (2018). Vers des médecins étoilés sur internet. *In Vivo*, n° 16, pp. 34-37. Repéré à : http://www.invivomagazine.com/fr/mens_sana/tendances/article/427/vers-des-medecins-etoiles-sur-internet.

L'article analyse la tendance croissante des Suisses à commenter les prestations des professionnels de la santé sur le web. Un médiateur y est interviewé ; il donne son avis et évoque des situations de plaintes publiées en ligne qui ont été traitées à l'Espace Patients&Proches.



REMERCIEMENTS

Comme chaque année, nous tenons à remercier les professionnels, les proches et les patients avec qui nous travaillons quotidiennement pour leur permettre de mieux comprendre ce qui s'est mal passé, tenter de retisser des liens de confiance et ainsi redonner du sens et un nouvel élan à la relation thérapeutique. Ces échanges font la richesse de notre activité et nous leur en sommes profondément reconnaissants.

Nous adressons également notre gratitude à nos collègues du Service de communication. Nous remercions en particulier Mme Tatiana Prêtre, assistante, pour **l'organisation de Plateforme**, ainsi que Mme Chloé Thomas-Burgat, responsable des actualités intranet et Mme Paule Goumaz, responsable internet, qui nous sont chaque année d'un grand soutien pour la mise à jour de nos **pages web**, la publication de nos **rapports d'activité**.

En 2018, la Direction générale, consciente de notre charge de travail, nous a dans un premier temps proposé un appui administratif, en la personne de Lisa Montagnese. Nous bénéficions désormais d'une aide pour documenter les situations et d'une assistance précieuse dans l'organisation de nos activités. Dans un second temps, nous avons pu engager une nouvelle médiatrice, entrée en fonction en novembre 2018. Claudia von Ballmoos vient compléter l'équipe de l'Espace Patients&Proches. Nous souhaitons la bienvenue à nos nouvelles collègues et remercions chaleureusement le Pr Pierre-François Leyvraz et Mme Béatrice Schaad pour leur précieux soutien.