

Rapport d'activité 2021

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



TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION	3
2. LES SOLLICITATIONS DE 2021 EN CHIFFRES	4
L'activité	5
Tableau 1 – Comparatif des données 2017 – 2021	5
Les demandes	6
Comment sommes-nous sollicités et par quels moyens communiquons-nous ?	6
Qui nous sollicite ?	7
Quel type de prise en charge et quels domaines sont concernés par les demandes?	7
Le genre et l'âge des patients et des proches	8
Les doléances et les suites qui leur sont données.....	9
Tableau 2 – Le détail des doléances 2017-2021.....	10
Les suites données aux demandes	11
3. LE RECOURS DES PROFESSIONNEL·LE·S À L'EMP.....	13
Les professionnel·le·s du CHUV sont de plus en plus nombreux à solliciter l'EMP.....	13
Que demandent les professionnel·e·s qui prennent contact avec l'EMP ?	13
Que révèle l'appel des professionnel·le·s à l'EMP ?	15
4. MISE À DISPOSITION DES INFORMATIONS RECUEILLIES.....	19
Restitution de données, présentation de nos activités et rencontres.....	19
Formations dispensées	20
Formations reçues et supervisions.....	20
Remerciements.....	21
5. CONCLUSION	21



1. INTRODUCTION

Encore en partie influencée par la pandémie de Covid-19, l'année 2021 a été pour notre équipe de médiation celle d'un retour progressif à une certaine forme de normalité marquée notamment par la réouverture des permanences sans rendez-vous dans le hall central du Bâtiment hospitalier. Dénommé depuis son ouverture « Espace Patients & Proches », notre espace est devenu en début d'année l'« Espace de Médiation entre Patients, Proches et Professionnels (EMP) ». Ce changement de nom témoigne de l'augmentation, ces dernières années, des sollicitations des médiatrices et médiateurs par les professionnel·le·s du CHUV. L'EMP est toujours plus fréquemment identifié au sein de l'hôpital comme une ressource à disposition des professionnel·le·s. vers laquelle se tourner pour demander conseil mais aussi pour solliciter l'intervention de l'équipe dans la gestion de difficultés relationnelles lors de prises en charge difficiles et tendues. Ainsi que développé dans le **chapitre 3** du rapport, les demandes émanant des professionnel·le·s révèlent souvent une problématique de violences – plus ou moins manifestes – subies de la part des patients et de leurs proches.

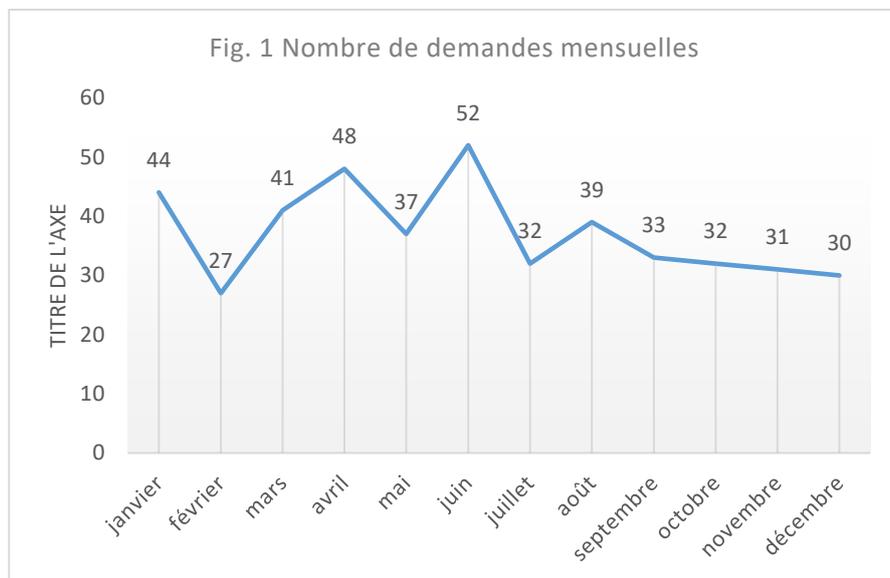
Le **chapitre 2** de ce rapport donne un aperçu du volume et du type de demandes reçues de la part des patientes et patients, proches et professionnel·le·s et de leur traitement en 2021. Relativement stables jusqu'en 2020, les chiffres de 2021 témoignent, cette année encore, de l'incidence de la pandémie.

La documentation et l'analyse des témoignages reçus à l'EMP fournit un matériau reflétant les problématiques récurrentes rencontrées par les usagers ; celles-ci sont restituées aux services et aux directions de l'institution qui en font la demande. Elles permettent également d'inspirer des projets institutionnels et transversaux dans le but d'améliorer la qualité de la prise en charge, ou des enseignements donnés aux collaboratrices et collaborateurs, ainsi qu'aux futur·e·s professionnel·le·s de la santé. Ces aspects sont présentés dans le **chapitre 4** de ce rapport.

2. LES SOLLICITATIONS DE 2021 EN CHIFFRES

Depuis son ouverture en avril 2012 jusqu'à la fin de l'année 2021, l'Espace de médiation entre patients, proches et professionnels (EMP) a traité 4'763 demandes. 446 nouvelles demandes ont été reçues au cours de l'année 2021, soit 6 de moins que l'année précédente.

En 2021, l'activité de l'EMP a encore été influencée par la pandémie de Covid-19, et le volume total des nouvelles demandes a été inférieur d'environ un quart par rapport à la moyenne des années pré-pandémie.



Notre permanence sans rendez-vous a été suspendue durant 24 semaines, du début de l'année jusqu'au 18 juin, et c'est par téléphone ou e-mail que nous recevons les nouvelles demandes. Nous avons pu réouvrir la permanence le 21 juin à une fréquence de quatre jours puis, dès le mois d'août, de trois jours hebdomadaires : les lundis, mercredis et vendredis. Ce rythme permet de pouvoir disposer du lieu de l'EMP deux jours par semaine pour y organiser des entretiens. Comme on peut le constater sur le graphique ci-dessus (fig. 1), la baisse du nombre de permanences ne semble pas avoir eu d'effet sur le nombre de sollicitations reçues chaque mois, probablement en raison du fait que d'autres possibilités de prises de contact sont à disposition (mail, téléphone). L'équipe reste toutefois attentive à cette question, pour être au plus près des besoins des personnes qui sollicitent ses services.

Une autre conséquence importante des restrictions liées à la période COVID a été la baisse du nombre d'entretiens en présentiel, remplacés en grande partie par des échanges téléphoniques, contrairement à la pratique habituelle de l'équipe, qui préfère la rencontre en tête-à-tête.

Les pages qui suivent présentent plusieurs indicateurs relatifs aux sollicitations reçues en 2021, notamment quant au profil des demandeurs et demandeuses, les types de doléances identifiées et les suites données. Le tableau 1 présente une vue générale des données collectées ces cinq dernières années, les pages suivantes proposent une sélection de certains indicateurs analysés plus en détails.

L'activité

Tableau 1 – Comparatif des données 2017 – 2021

A	Activité	2017	2018	2019	2020	2021
	Nombre de demandes	544	585	639	452	446
	Nombre de permanences	226	166	170	119	147
	Nombre de situations par jour d'ouverture	2.4	3.5	3.8	3.8	3.0
B	Traitement des demandes %					
	En entretien présentiel	50	46	47	24	26
	Par téléphone	38	43	44	64	62
	Par écrit	12	11	9	12	12
C	Demandeurs %					
	Patients	51	56	53	46	46
	Proches	36	33	33	38	36
	Professionnels	13	11	14	16	18
	Demandes de la part de personnes <i>vulnérables</i> ¹	18	14	15	10	13
D	Prise en charge au moment de la doléance %					
	Hospitalisation	50	48	47	55	49
	Ambulatoire	44	49	48	42	47
	Autre	6	3	5	3	4
E	Domaine visé par la doléance %					
	Médical	40	46	42	42	48
	Administratif	13	15	16	13	14
	Soins	12	11	12	12	10
	Autre ²	8	5	8	8	5
	Non applicable ³	26	23	22	25	23
F	Types de doléances (sous-catégories) %					
	Communication	28	26	25	25	19
	Egards et attention	9	9	10	12	15
	Droit des patients	6	5	5	9	12
	Gestion et infrastructures	13	16	17	12	13
	Accès et attente	16	15	14	13	14
	Qualité de la prise en charge	15	13	15	12	13
	Sécurité	13	16	14	17	14
G	Types de suites⁴ %					
	Aucune suite (écoute seule)	38	36	38	45	44
	Réorientation externe	4	5	4	5	3
	Réorientation interne	13	16	16	18	23
	Transmission d'informations recueillies	24	16	17	13	7
	Remise en lien	15	17	17	12	12
	Médiation	7	10	8	7	10

¹ Personnes qui présentent une fragilité psycho-sociale et/ou qui sont en conflit chronique avec le CHUV.

² Cette catégorie recouvre tous les autres domaines : hôtellerie, infrastructures, etc.

³ Concerne les situations sans doléance imputée, par exemple les demandes de conseil ou questions d'ordre général ainsi que les demandes venant des professionnel-le-s.

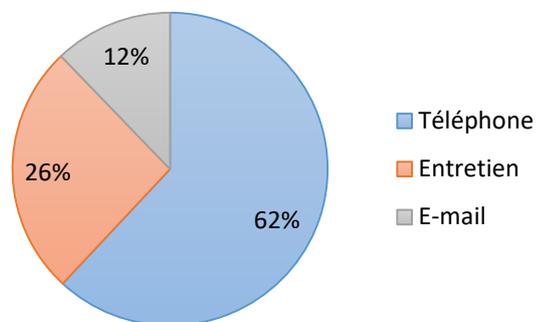
⁴ A l'exception de la solution « aucune suite (écoute seule) », une situation peut donner lieu à plusieurs suites : la médiatrice ou le médiateur peut, par exemple, « remettre en lien » un patient ou proche avec un service clinique pour un aspect du problème (information, relationnel) et effectuer simultanément une « réorientation interne » vers l'Unité des affaires juridiques pour un autre aspect (demande d'indemnisation, par exemple).

H	Contact avec le service concerné %	2017	2018	2019	2020	2021
	Sans contact	32	33	33	34	48
	Avec contact	42	44	45	41	27
	Non applicable	26	23	22	25	25
I	Demande par durée de traitement %					
	1 à 7 jours	58	49	50	50	50
	8 à 30 jours	19	21	23	22	22
	1 à 6 mois	19	27	21	26	23
	+ de 6 mois	1	2	1	2	1
	En cours	3	1	5	4	5
J	Temps effectif de traitement ⁵ %					
	1 heure	39	30	34	37	53
	1 à 2 heures	31	34	34	33	28
	2 à 5 heures	25	28	27	22	16
	5 à 10 heures	3	4	3	5	2
	+ de 10 heures	2	4	2	3	1

Les demandes

Comment sommes-nous sollicités et par quels moyens communiquons-nous ?

Fig. 2 Moyen de communication principal



L'accès à l'EMP se veut le plus facile possible ; nous pouvons être contactés par téléphone, par courrier électronique ou postal, ou lors de l'une de nos permanences sans rendez-vous ; celles-ci ont lieu trois après-midi par semaine.

Dans la mesure du possible, nous cherchons à rencontrer les personnes pour un entretien, bien qu'il nous arrive aussi de traiter des demandes par écrit ou par téléphone uniquement. Ces deux dernières années, en raison des restrictions sanitaires liées à la pandémie, le téléphone a été de loin le moyen de communication le plus utilisé et la part des entretiens « présentsiels » a sensiblement diminué (voir Fig. 2).

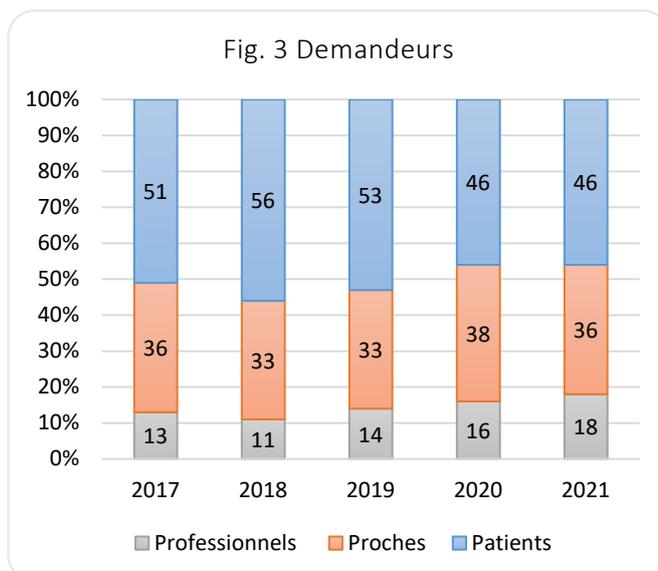
⁵ Est comptabilisé ici le temps effectif dédié au traitement des situations (entretiens téléphoniques ou en face-à-face, recherche d'informations, etc.). Le travail de documentation n'est pas inclus dans ce décompte.

Qui nous sollicite ?

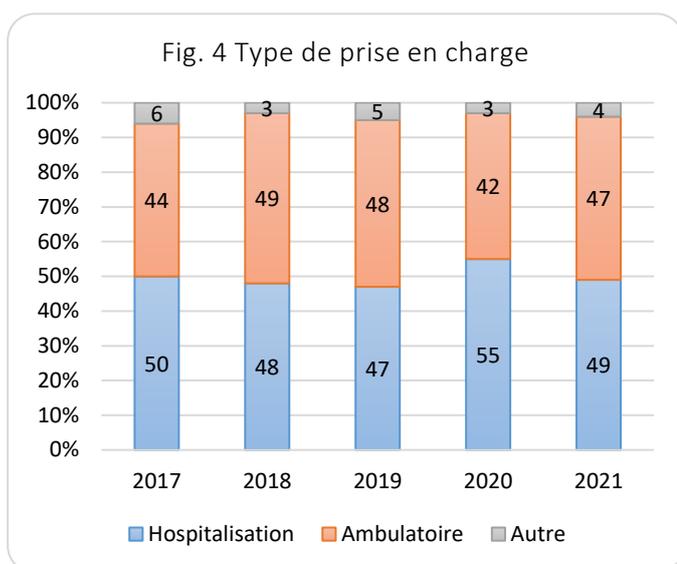
Au fil des ans, les demandes provenant des patient·e·s restent majoritaires, suivies de celles des proches, puis de celles des professionnel·le·s (voir Fig. 3).

Nous remarquons depuis ces quatre dernières années que la part des demandes de professionnel·le·s va en augmentant.

Vous trouverez, dans le chapitre 3, une analyse des demandes des professionnel·le·s sous l'angle des attentes et sous celui de la violence subie ou ressentie.



Quel type de prise en charge et quels domaines sont concernés par les demandes?

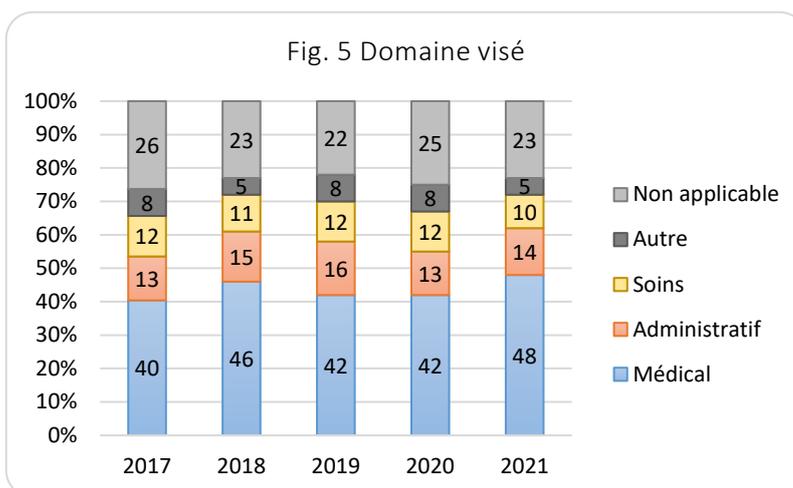


Lorsque nous recevons une demande, nous distinguons de quel type de prise en charge il s'agit. En 2021, l'ambulatoire et les hospitalisations sont concernés quasi à égalité avec respectivement 47 et 49 pourcents des demandes (voir Fig. 4). A noter que 4% des sollicitations ne concernent aucun type de prise en charge particulier, notamment pour des demandes de renseignements généraux, en dehors d'une prise en charge ambulatoire ou stationnaire.

En comparant les cinq dernières années, on remarque une certaine constance dans les proportions – à l'exception de l'année 2020, lors de laquelle les hospitalisations ont représenté 55% des situations.

Indépendamment du type de prise en charge, la doléance peut viser divers « domaines », à savoir le médical, les soins ou l'administratif ; d'autres secteurs peuvent être concernés comme l'hôtellerie et les infrastructures (voir Fig. 5).

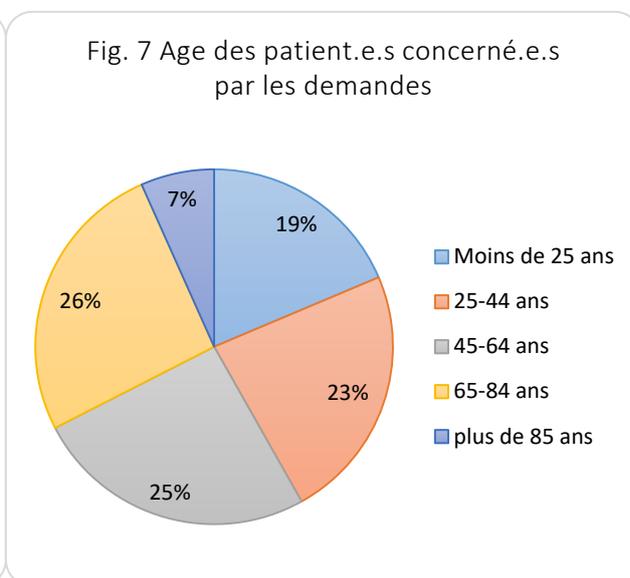
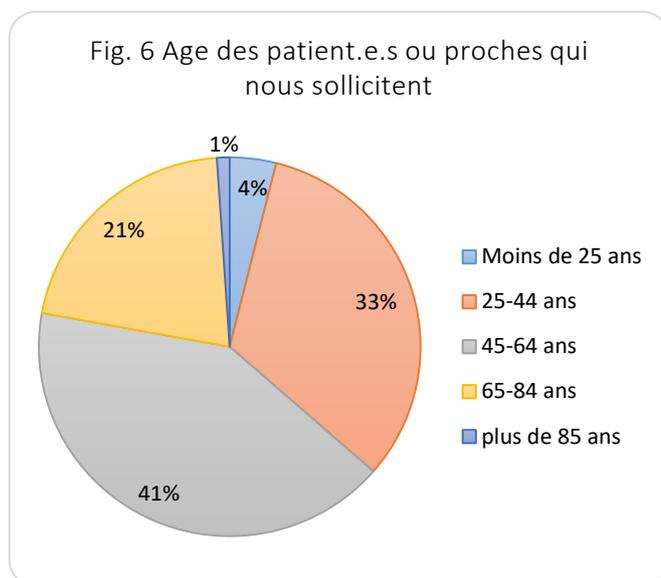
Le domaine médical est visé par le plus grand nombre de doléances ; cette tendance est encore plus marquée en 2021 (48%). Suivent l'administratif (14%) et les soins (10%).



Le genre et l'âge des patients et des proches

Parmi les patient-e-s et proches qui nous sollicitent, la prise de contact est plus souvent l'initiative de femmes (65%) que d'hommes (35%).

La répartition par âges fait apparaître une majorité (41%) de 45 à 64 ans parmi les personnes qui font appel à nos services (Fig. 6), et ce pour des problématiques qui concernent principalement des patient-e-s de 45 à 84 ans (Fig. 7).



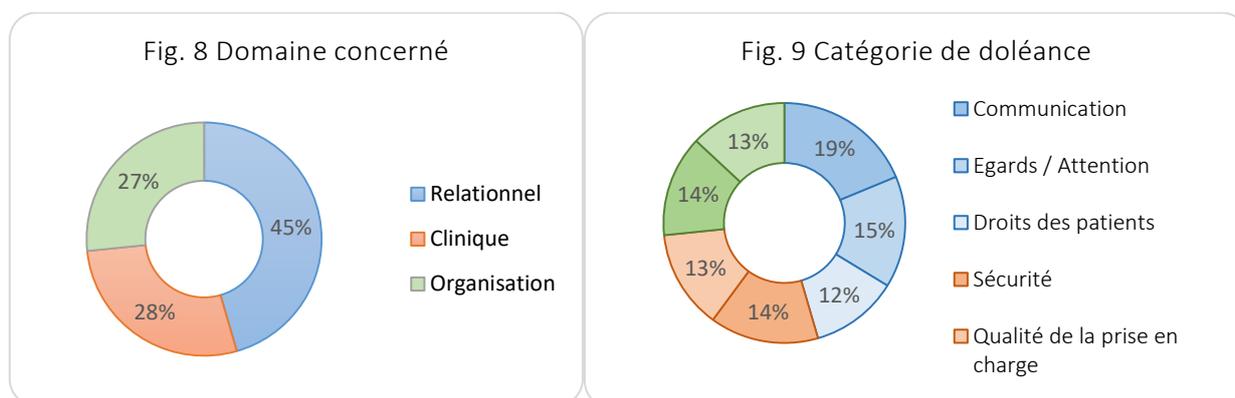
Les doléances et les suites qui leur sont données

Lors de chaque demande dont l'équipe de médiation est amenée à s'occuper, après une écoute attentive du récit des difficultés et des insatisfactions rencontrées, les médiatrices et le médiateur font un travail de codification du récit selon une typologie de 28 doléances⁶, regroupées en sept catégories et trois domaines (voir tableau 2 p. 10). Cette étape permet de transposer l'infinie diversité des situations personnelles dans le cadre d'une classification, qui rend à son tour possible l'analyse de caractéristiques et de tendances des sollicitations.

Il est important de relever ici que le processus de médiation ne se situe pas dans un régime de vérité objective (qui viserait à démarquer le vrai du faux) mais de réalité subjective : le point de vue et le ressenti personnel sont la matière première de notre travail. Nous allons ainsi inviter les personnes à évoquer leur vécu de la prise en charge.

La personne qui nous sollicite souhaite toujours – au minimum – être entendue. Très souvent, c'est aussi l'envie que cette écoute soit suivie d'une action qui motive à venir nous rencontrer. On constate en effet couramment qu'un sentiment d'impuissance habite les proches, patient·e·s et professionnel·le·s, d'être dans une impasse et de ne plus savoir comment réagir dans une situation qui leur semble bloquée. La médiation a alors aussi pour objectif de redonner une capacité d'agir aux actrices et acteurs en conflit.

Les doléances concernent majoritairement des difficultés relationnelles (45%), en 2021 comme chaque année. Les domaines clinique (28%) et organisationnel (27%) sont évoqués de façon équivalente (voir Fig. 8).



Une analyse plus fine (Fig. 9) permet de constater que les doléances qui touchent la communication (19%) ainsi que les égards et l'attention portée au patient ou à ses proches (15%) sont les plus nombreuses, les autres catégories étant réparties de façon quasi égales.

Le Tableau 2, ci-après, détaille la distribution des 28 doléances au cours des cinq dernières années, avec en gras les dix thématiques de doléances les plus présentes chaque année. En 2021, le premier sujet de doléance concerne les questions d'*égards, empathie, respect et dignité* (12%); il est mentionné de façon particulièrement fréquente ces deux dernières années. La deuxième doléance la plus souvent exprimée vise un problème de *communication* (9%), suivi par les reproches exprimés quant à la *qualité des soins* (7%).

⁶ Depuis 2016, nous utilisons une catégorisation des doléances basée sur une revue systématique des plaintes des patients et proches, publiée dans *British Medical Journal* : 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

Tableau 2 – Le détail des doléances 2017-2021

Catégories de doléances		Doléances	2017	2018	2019	2020	2021
Relationnel	Communication	Relation patient / équipe, écoute	11%	9%	8%	8%	3%
		Communication déficiente (pro. - P & P)	11%	8%	7%	8%	9%
		Information	7%	9%	10%	6%	6%
	Egards / Attention	Egards, empathie, respect, dignité	6%	7%	7%	11%	12%
		Comportement de l'équipe	2%	3%	3%	2%	3%
	Droits des patients	Discrimination	2%	2%	2%	3%	4%
		Violence subie	2%	1%	1%	2%	4%
		Secret médical	1%	1%	1%	1%	1%
		Consentement	1%	1%	1%	2%	3%
		Directives anticipées	0%	0%	0%	0%	0%
Contention	0%	0%	0%	0%	0%		
Organisation	Accès et attente	Attente et disponibilité	9%	8%	6%	5%	5%
		Accès à l'hôpital et aux pro. de la santé	4%	2%	4%	4%	6%
		Sortie	2%	3%	2%	2%	1%
		Transfert et orientation	1%	2%	2%	2%	1%
	Gestion et infrastructures	Administratif	7%	9%	9%	7%	7%
		Equipements, hôtellerie	3%	3%	6%	2%	3%
		Facturation et coûts	1%	2%	1%	2%	1%
		Prestation de soutien	1%	1%	1%	1%	1%
		Dotation et ressources	1%	1%	1%	0%	1%
Clinique	Qualité de la prise en charge	Qualités des soins	8%	6%	8%	6%	7%
		Coordination de la PEC	5%	4%	4%	5%	3%
		Efficacité du traitement	2%	2%	2%	2%	2%
		Examen clinique ou para clinique	1%	1%	1%	0%	1%
	Sécurité	Compétences et conduite	6%	4%	3%	5%	4%
		Diagnostic	3%	4%	4%	4%	4%
		Complication, incident	3%	4%	5%	5%	6%
		Médicament	1%	3%	1%	3%	2%

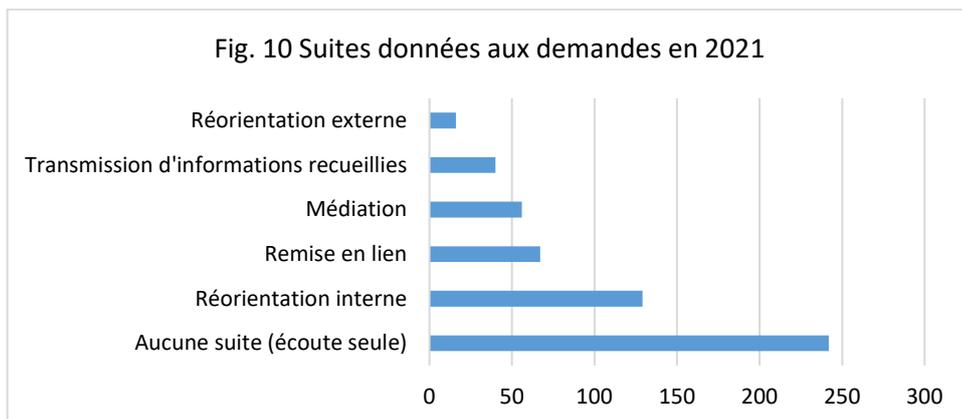
n = 941 1028 1097 727 646

Les suites données aux demandes

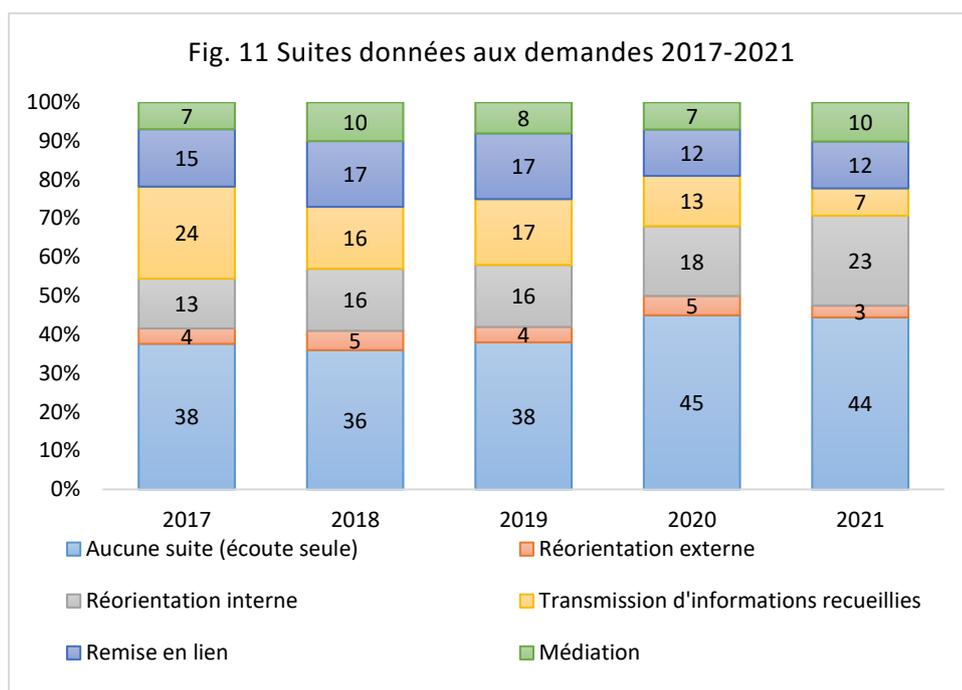
La moitié des situations a pu être traitée dans un délai d'une semaine (Tableau 1, lettre I, p. 6), cela n'est pas différent des années précédentes. Comme le montre la Fig. 10 ci-après, l'activité première de l'équipe de l'EMP est l'**écoute** et cela est suffisant pour la plupart des personnes. Les doléances recueillies sont alors répertoriées dans notre base de données et, après anonymisation, utilisées comme matériau de recherche et d'analyse, pour l'enseignement et les restitutions dans les services (voir chapitre 4, activités, p. 19). Ainsi, les témoignages recueillis contribuent à l'amélioration des pratiques et répondent au besoin très souvent exprimé que ce qui a été vécu difficilement « n'arrive pas à d'autres patients ou proches ».

En fonction des doléances exprimées et selon les circonstances particulières, la médiatrice ou le médiateur va explorer diverses options, en accord avec les besoins de la personne concernée : 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. Nous explorons s'il y a une volonté – ou pas – de restaurer le dialogue avec les personnes impliquées. Si tel est le cas, la suite peut être une **remise en lien** avec les professionnel-le-s ou une rencontre de médiation. En cas de remise en lien, nous accompagnons ou conseillons la personne pour qu'elle puisse reprendre un dialogue avec les personnes impliquées, sans que nous ayons à intervenir lors de ces échanges, ou en procédant, dans certains cas, à une **transmission d'informations**. Une rencontre de **médiation** au sens strict du terme ne peut avoir lieu que si toutes les parties l'acceptent. Le médiateur ou la médiatrice, comme tiers neutre et indépendant, est alors responsable de la mise en place et de la tenue d'une rencontre dans un cadre sécurisé, neutre et confidentiel

Nous pouvons **réorienter** les patients ou leurs proches vers des entités externes (prestataires de services dans le CHUV, professionnels tels que les médecins de ville ou 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 les objets trouvés. Dans d'autres cas, nous recueillons et transmettons des informations (sur des procédures diverses, normes en vigueur). 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.



En comparant les suites données aux demandes ces cinq dernières années (voir Fig. 11), on remarque donc que l'« écoute seule » arrive en tête, avec une augmentation sensible ces deux dernières années de pandémie. De même, le nombre de « réorientations internes » est aussi particulièrement élevé cette année. Relevons encore, comme mentionné plus haut, qu'une seule situation peut donner lieu à plusieurs « suites » : la médiatrice ou le médiateur peut, par exemple, « remettre en lien » un-e patient-e ou proche avec un service clinique pour un aspect du problème (information, relationnel) et simultanément accompagner une « réorientation interne » vers l'Unité des affaires juridiques pour un autre aspect (demande d'indemnisation par exemple). Nous observons, par ailleurs, une baisse du nombre de situations ayant requis une prise de contact avec le service concerné par la doléance (Tableau 1, lettre H, p. 6). Nous nous sommes interrogés sur la possibilité que nous ayons – consciemment ou inconsciemment – fait preuve d'une plus grande retenue pour contacter les services, sachant la forte tension subie du fait de la pandémie.

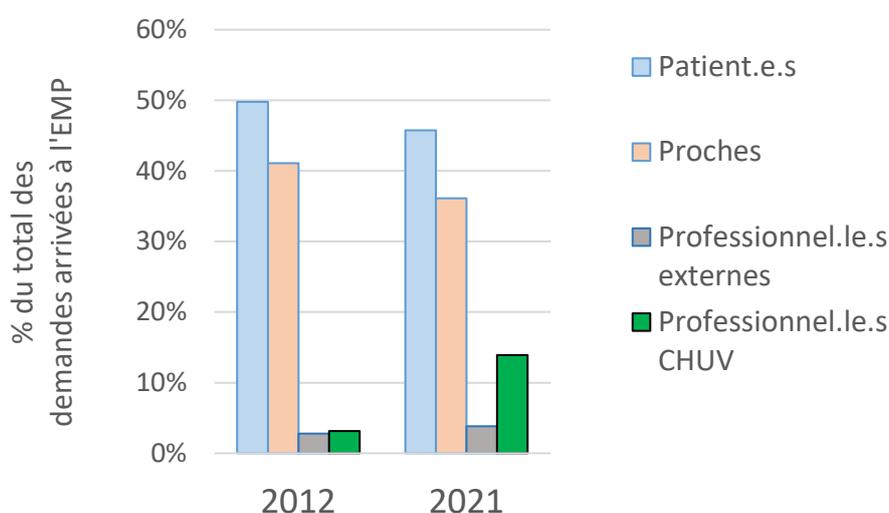


3. LE RECOURS DES PROFESSIONNEL·LE·S À L'EMP

Les professionnel·le·s du CHUV sont de plus en plus nombreux à solliciter l'EMP

Depuis l'ouverture de l'EMP en 2012, nous observons une augmentation régulière du nombre de professionnel·le·s du CHUV qui font appel à l'EMP. Alors que seules 3% des demandes émanait des professionnel·le·s du CHUV il y a 9 ans, cette part atteint 12% en 2021. Par ailleurs, des patient·e·s et des proches indiquent souvent qu'ils et elles s'adressent à l'EMP sur conseil de professionnel·le·s, externes ou internes au CHUV. Ceci témoigne du fait que l'EMP est identifié au sein de l'hôpital comme une ressource à disposition des professionnel·le·s et comme un point d'appui pour gérer des difficultés relationnelles lors de prises en charge.

Fig. 12 Répartition des catégories de demandeurs-euses qui sollicitent l'EMP :



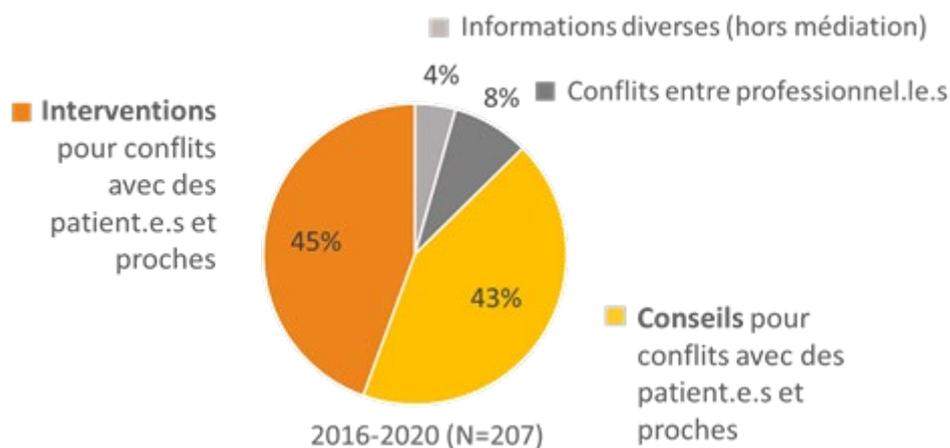
Que demandent les professionnel·e·s qui prennent contact avec l'EMP ?

« La relation avec la famille s'envenime. Pourrions-nous envisager une médiation pour mieux cerner leurs demandes ? »

« J'ai repris le suivi de la patiente, et elle met la pression sur moi. Maintenant je dois lui dire ce qu'elle risque avec sa maladie et ménager le lien, c'est très important qu'elle ne claque pas la porte »

Les deux citations en bulle (ci-dessus) sont des exemples de demandes venant de professionnel.le.s du CHUV. A l'occasion du changement de nom (début 2021 : d'Espace Patients&Proches en Espace de Médiation entre Patients, Proches et Professionnels), nous avons analysé les sollicitations et témoignages des professionnel-le.s du CHUV au cours des cinq dernières années. Sur 207 demandes entre 2016 et 2020, nous observons deux raisons principales de solliciter l'EMP : les professionnel-le.s sont 43% à demander un **conseil** et 45% sollicitent une **intervention de l'équipe de médiation**.

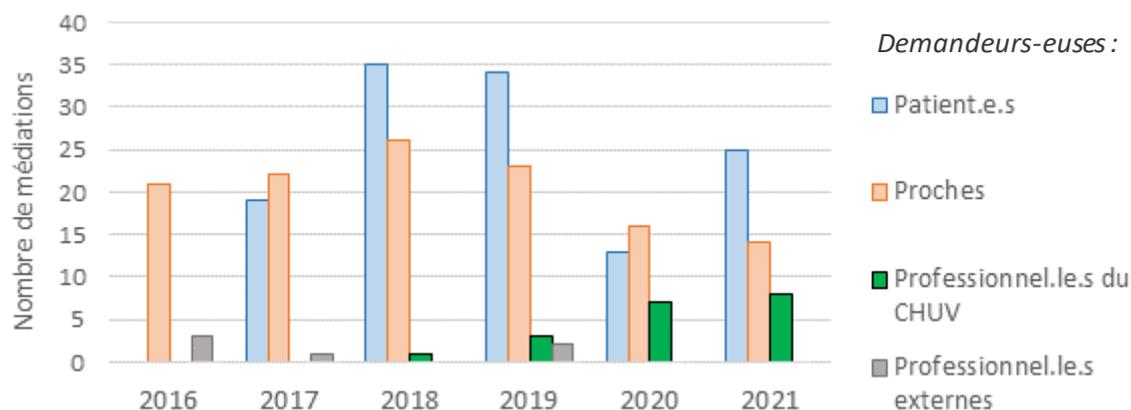
Fig. 13 Analyse des demandes de professionnel-le.s du CHUV entre 2016 et 2020 (207 demandes).



La médiation est une démarche volontaire, et toute personne y participant est libre de se retirer du processus à tout moment. Lorsqu'une médiation a lieu, celle-ci répond à une demande initialement faite à l'EMP par une des parties (soit les patient.e.s / proches soit les professionnel-le.s), demande à laquelle l'autre partie accède si elle y trouve pertinence et motivation. Tels que nous le révèlent les chiffres (fig. 10, p. 11), la rencontre en médiation représente seulement environ 10% des suites données aux demandes : la grande majorité des appels correspond à un élan, un souhait de témoigner sans que ce mouvement aboutisse à une médiation, à une demande de conseil ou le souhait d'être réorienté dans l'institution.

Ces trois dernières années, les professionnel-le.s ont demandé toujours plus fréquemment qu'une médiation soit organisée lorsqu'ils rencontraient une difficulté relationnelle avec l'un-e de leur patient.e.s ou leurs proches. Les médiations à l'initiative des professionnel-le.s atteignent en 2020-2021, près d'un quart (23%) du total des médiations menées par l'équipe de l'EMP, alors que ce chiffre était nul en 2016-2017.

Fig 14 Nombres de médiations réalisées à la demande des diverses catégories de demandeurs-euses.



Que révèle l'appel des professionnel·le·s à l'EMP ?

Les demandes émanant des professionnel·le·s du CHUV révèlent une problématique sensible et complexe : celle de tensions, agressivités, voire violences des patient·e·s et des proches envers les professionnel·le·s de la santé. Celles-ci sont plus ou moins manifestes et peuvent être d'ordre verbal ou physique ; elles peuvent aussi se manifester sous des formes plus subtiles d'ordre psychologique et/ou relationnel.

Plusieurs définitions et classements existent concernant la violence, les tensions et l'agressivité. A l'EMP du CHUV, une référence que nous utilisons volontiers est celle de la Thérapie Sociale, développée par le psychosociologue et philosophe Charles Rojzman. Selon cette approche, la violence et la peur interagissent en escalade : la peur déclenche de la violence, la violence déclenche de la peur, dans une spirale de souffrance. Divers types de violences mettent en péril différents besoins fondamentaux comme cela a pu être observé à l'EMP⁷ : la maltraitance (violence physique) en lien avec le besoin de sécurité physique, la culpabilisation en lien avec le besoin de sécurité psychique, la dévalorisation en lien avec le besoin de valorisation, et l'abandon en lien avec le besoin d'appartenance.

Les signes de violence les plus évidents qui transparaissent dans les témoignages des professionnels sont des épisodes d'agression physique, le ton qui monte ou des coups sur des objets (patient·e ou proche qui lève la voix, hurle, tape sur la table, lance des objets), des menaces de dénonciation ou de représailles (patient·e-proche qui menace d'agir contre le professionnel dans un futur proche), des menaces de faire du professionnel une cible d'accusations et de dévalorisation (patient·e-proche qui accuse ou dévalorise le/la professionnel·le pour ce qu'il ou elle n'a pas fait).

Une situation de violence peut aussi être repérée en raison des conséquences qu'elle induit dans le comportement, par des signes moins évidents de tension et d'agressivité, tels que :

⁷ Thierry Currat, « Violence(s) à l'hôpital », Revue Médicale Suisse 2022 ; 18 : 555-7

- (i) un suivi qui prend « trop » de place, crée une charge mentale importante, voire épuise : « Je mets toujours la consultation avec cette patiente en fin de journée, parce que je sais qu'après je suis totalement épuisé » ;
- (ii) le besoin d'éviter les patient.e.s-proches : « Je ne souhaite plus parler avec ce patient, je l'ai déjà orienté vers une autre clinique adaptée » ; « Heureusement, avec le tournus, ça permet de se dire que dans quelques mois on ne verra plus cette famille » ;
- (iii) une difficulté à décrire la violence : « J'ai rarement vu ça de toute ma carrière... pourtant les questions qu'ils posent sont correctes, mais... agressives, je ne sais pas comment l'expliquer ».

Dans les situations traitées à l'EMP en 2021, 6.5% d'entre elles montrent des signes de violences venant des patient.e-s et proches envers les professionnel-le-s. Ces dernières peuvent concerner aussi bien des situations traitées à la demande des professionnel-le-s (41%) qu'à celle des patient.e-s et proches (59%). Aussi, un appel sur cinq (19.4%) de professionnel-le-s à l'EMP concerne des situations comportant des signes de violences.

Le contexte clinique de ces interactions difficiles varie : il peut s'agir de consultations ambulatoires régulières, d'hospitalisations de longue durée concernant par exemple des maladies chroniques et/ou des symptômes inexpliqués, impliquant plusieurs services et, en conséquence, de multiples intervenants. Ces tensions peuvent également se manifester lors d'un épisode ponctuel tel qu'une urgence ou une complication. Ces situations induisent des difficultés et des souffrances pour toutes les parties au conflit, elles entraînent une charge supplémentaire dans le quotidien de celles et ceux qui soignent et de ceux et celles qui ont besoin d'être soigné.e-s. Dans tous les cas, la relation patient-e-proche-professionnel est soit sévèrement fragilisée soit rompue, avec parfois pour conséquence l'échec de la prise en charge et une potentielle discontinuité de soins, ce qui peut encore exacerber le conflit.

Ce que rapportent à l'EMP les patient.e-s et proches impliqués dans ces situations de violence à l'égard des professionnel-le-s, ce sont des sentiments exacerbés d'abandon, de rejet, de désespoir, d'injustice et/ou de peur. Ces patient.e-s et proches ne sont souvent pas conscients de leur propre violence ou, à tout le moins, du degré de leur violence. Ils et elles dénoncent souvent une injustice et un abandon dans leur prise en charge (au bord de l'échec ou en échec), et se sentent aussi agressés dans les interactions avec le personnel et par la situation. Perdu.e-s dans le système et en rupture de confiance, ils et elles cherchent vers qui se tourner.

Du côté des professionnel-le-s, ce qu'ils et elles rapportent à l'EMP dans ces situations peut se diviser en trois types de besoins, développés ci-dessous.

1. Besoin d'un « paratonnerre »

Les professionnel-le-s peuvent avoir besoin d'un moyen, d'un lieu pour que la tension venant des patient.e-s - proches diminue. Souvent, cela concerne des situations que les professionnel-le-s ne considèrent pas comme exclusivement de leur ressort mais aussi de celui d'autres professionnel-le-s ou qui concernent des problématiques systémiques (appartenant à l'hôpital et au système de santé). Voici quelques citations emblématiques de ce besoin :

« Je pensais qu'il (le patient) venait pour un avis médical. Il était totalement remonté, ce serait bien qu'il parle avec vous ».

« Elle (la proche) critique tout, tout le temps, elle est très agressive, elle contrôle par sa voix. Je dois souvent lui dire qu'elle ne peut pas aller plus loin. Je ne veux plus me retrouver dans cette situation. Vous pouvez peut-être l'appeler et alors on pourra dire qu'on aura tout essayé ? ».

« C'est difficile de dire qu'il n'y a pas d'autres options, et nous n'avons pas le temps de parler plus avec la famille. Ça nous est très utile d'avoir votre adresse ».

2. Besoin de protection

Bien que les violences perçues puissent être abordées en médiation, l'EMP n'a pas autorité pour imposer des mesures (sanction, pose du cadre, pose de limites) aux patient·e-s, aux proches ou aux professionnel·le-s (nous y revenons brièvement plus loin).

« Peut-on vous solliciter pour cadrer un patient ? » - demande un professionnel à l'EMP. Dans cet exemple, le professionnel a finalement trouvé une solution au sein de l'équipe : « On a résolu le problème, le chef a parlé avec le patient pour qu'il n'insulte plus et il s'est calmé ».

3. Demandes de débriefing et supervision

Une équipe nous écrit : « Nous aimerions vous rencontrer afin de discuter de la situation complexe d'une patiente. (...). Les relations avec les proches sont très difficiles. (...). La globalité de l'équipe est en souffrance devant de nombreuses mises à l'échec, nous souhaiterions vous rencontrer rapidement dans le but d'obtenir des outils nous permettant au mieux de gérer notre relation avec la famille ».

Dans cette situation, un entretien entre des représentant·e-s de l'équipe et des médiateur·ices de l'EMP a servi à faire un point de situation ; les professionnel·le-s ont constaté ensemble le niveau de pression qu'ils subissaient de la part de la famille et l'échange a permis une prise de conscience de la violence des interactions. L'équipe a par la suite repris son autonomie, sans qu'une rencontre de médiation soit nécessaire : « nous avons pu reparler de la situation entre nous, merci pour l'échange qui nous a aidé et qui a débloqué des portes ».

Un autre professionnel témoigne à l'EMP : « Il y a eu beaucoup de violences cette année, et il y a de plus en plus d'absentéisme. On a besoin de débriefer et voir ce qu'on pourrait mettre en place pour réagir beaucoup plus tôt, pour détecter les situations à risque et agir avant que ça ne dégénère ». Les demandes des professionnel·le-s peuvent refléter le besoin d'être mieux outillés pour détecter les signes avant-coureurs de violences, reconnaître les situations et circonstances à risque, et réagir le plus tôt possible pour éviter que le conflit ne dégénère.

Les trois points ci-dessus sont des observations faites par l'EMP sur la base d'appels et de témoignages de professionnel·le-s du CHUV. Comme pour toutes les demandes traitées par l'équipe de médiation, il est important de relever que chaque situation et chaque échange est unique. Le suivi et l'issue de la situation sont construits avec les personnes concernées, au cas par cas. Indépendamment du fait que les situations donnent lieu (ou pas) à une rencontre de médiation avec les patient·e-s-proches concerné·e-s, l'appel initial des professionnel·le-s à l'EMP manifeste un besoin de pouvoir *a minima* débriefer sur les interactions difficiles, passées ou actuelles, et d'explorer d'éventuelles pistes pour la suite de la prise en charge. La protection, la mise en place de débriefing, de supervision et d'outillage dans les situations de violences, tensions et agressivités venant de la part des patient·e-s-proches est du ressort des cadres de proximité, des chefferies de service, de l'unité de la Sécurité et de la Direction générale. Les violences perçues lors des prises en charge peuvent être abordées en médiation, éventuellement en parallèle à des mesures entreprises par les équipes et l'institution. En effet, en fonction de la situation, l'EMP peut collaborer avec divers partenaires dans l'institution (par exemple : Direction médicale, Direction des soins, Affaires juridiques, Sécurité) qui sont susceptibles d'intervenir dans le processus à divers degrés : pour donner des renseignements et conseils ; en vue d'une prise en charge de la situation selon leurs missions spécifiques et, parfois, pour une participation active à une rencontre en médiation.

La violence est-elle normale ou (parfois) normalisée en milieu hospitalier ?

Certains patient·e·s ou proches ne semblent pas conscient·e·s d'avoir un comportement violent, ou justifient leur agressivité par un tort qui leur est infligé par le personnel de santé.

« Le médecin ne veut plus me voir, c'est du refus de soins ! Je ne suis pas un monstre, quand-même ?! Les gens quand ils ont mal... ils pètent un câble ! Et c'est normal ! C'est votre travail ! »

Face à ces situations, certains professionnel·le·s à leur tour peuvent témoigner d'une normalisation de la violence, avec des réactions de minimisation (« C'était juste pas violent, il a juste crié et tapé du poing sur la table ») ou de banalisation des événements violents (« Oui c'était chaud, la fille a menacé une infirmière avec un couteau. Nous sommes entourés par les Sécuritas. Malheureusement on a l'habitude, c'est quelque chose qui arrive fréquemment »).

La violence n'étant jamais justifiable, elle peut répondre à des interactions et enjeux complexes dans la relation soignant·e·s-soigné·e. Un pacte de confiance est nécessaire à cette relation, pour être soigné·e et pour pouvoir soigner. Dans la quête de ce pacte, des patient·e·s et proches peuvent vivre une forme de soumission, une dépendance totale envers les professionnel·le·s de la santé et se retrouver dans des situations de stress et d'impuissance extrêmes, de grande peur – ce qui est un terrain propice à la spirale peur-violence. Connaissant la vulnérabilité des patient·e·s et proches, les professionnel·le·s peuvent être amené·e·s à prendre sur eux et à tolérer la violence en la banalisant. Certain·e·s professionnel·le·s se retrouvent eux-mêmes en situation de soumission : « je dois faire très attention à ce que je dis avec ce patient, sinon, il va claquer la porte. Et je ne peux pas laisser un patient dans cet état dans la nature ». La violence n'est toutefois pas toujours unidirectionnelle : elle peut prendre diverses formes chez les uns et les autres. A l'annonce d'une erreur de médication sur sa sa fille connectée à une machine qui la maintient en vie, un père (décrit comme « agressif » par des professionnel·le·s) raconte sa nervosité et comment une professionnelle lui a dit « si vous n'êtes pas content Monsieur, vous pouvez très bien prendre votre fille et rentrer chez vous ».

Le travail de gestion de conflits consiste à dire les violences perçues par les uns et les autres afin de restaurer le dialogue nécessaire à la coopération. Il reste impératif de rappeler la bienséance et de mobiliser les ressources institutionnelles pour encadrer et faire diminuer toute forme de violence, ainsi que de comprendre quels sont les enjeux qui mettent à mal la confiance et la relation entre les différentes personnes dans une prise en charge.

4. MISE À DISPOSITION DES INFORMATIONS RECUEILLIES

Parallèlement aux activités de médiation, les médiatrices et le médiateur documentent et analysent les témoignages dans leur ensemble afin de restituer des tendances et observations strictement anonymisées à l'institution.

L'objectif est de fournir un matériau de réflexion aux services cliniques, unités et directions qui en font la demande. Ces données permettent de nourrir et de soutenir des projets institutionnels et d'amélioration des pratiques sur la base de l'expérience des patient·e·s, de leurs proches et du personnel·le·s de la santé.

L'équipe de médiation collabore par ailleurs avec différents acteurs institutionnels autour de projets transversaux et dispense des cours, notamment sur l'identification et la prévention du conflit à l'hôpital et sur l'impact des collaborations interprofessionnelles sur les patient·e·s, les proches et les professionnel·le·s.

Restitution de données, présentation de nos activités et rencontres

Comme chaque année, l'équipe de l'EMP a présenté au Bureau qualité et sécurité des soins (BQS) du CHUV, composé de la Direction médicale, de la Direction des soins, et conduit par le professeur Matthias Roth-Kleiner, vice-directeur médical responsable des activités cliniques, une analyse fondée sur les doléances et situations traitées durant l'année. L'examen approfondi des demandes émanant de professionnels a amené à identifier des situations de violence des patient·e·s et proches à l'égard des collaboratrices et collaborateurs comme thématique saillante.

Des rencontres pluriannuelles avec la Dre Mirela Caci, directrice médicale adjointe et Mme Aziza Touel, consultante clinique à la Direction médicale du CHUV, ont permis d'échanger à propos de thématiques transversales telles que l'accès et la circulation au CHUV des personnes vulnérables durant la pandémie de COVID-19, la problématique de la prise en charge de patient·e·s transgenres, la gestion de la perte d'objets personnels de patient·e·s ainsi que les ressources institutionnelles permettant de soutenir les collaboratrices et collaborateurs confrontés à la violence de patient·e·s ou de proches.

Pour le traitement de situations complexes combinés à des aspects conflictuels, voire des manifestations de violence, pour lesquelles nous sommes sollicité·e·s par des patient·e·s, des proches ou des professionnel·le·s, nous avons poursuivi la collaboration au cas par cas avec les cadres de l'Unité des affaires juridiques et de la Direction médicale du CHUV. Il s'agit le plus souvent de situations dont la prise en charge s'inscrit dans la durée et pour lesquelles un soutien institutionnel coordonné offert aux équipes, patient·e·s et proches est nécessaire.

L'équipe de médiation a été invitée à restituer des données anonymisées dans deux services cliniques et à présenter ses activités en Néonatalogie et à l'Hôpital de l'Enfance, ainsi qu'au service de la Communication et de création audiovisuelle du CHUV.

Par ailleurs, des rencontres destinées à présenter nos activités ont eu lieu à la demande de représentantes et représentants de la Direction générale de la santé de l'État de Vaud d'une part, et de la Direction médicale de l'Hôpital du Jura bernois, d'autre part.

L'équipe a répondu à deux demandes d'entretien pour des travaux de fin de formation. Un premier a consisté à répondre à un groupe d'étudiant·e·s en médecine qui a réalisé un travail de bachelor sur la question de l'impact de la médiation sur les professionnel·le·s de la santé et la relation thérapeutique. La deuxième demande concernait un mémoire de CAS en Médiation sur la médiation hospitalière et la confidentialité pour la « valorisation des témoignages de patient·e·s et de proches ».

De plus, les médiatrices et le médiateur de l'EMP ont rencontré à deux reprises leurs homologues de l'Espace collaborateurs du CHUV. Des rencontres ont aussi eu lieu avec des responsables de la Centrale téléphonique et de l'accueil ainsi que de la Psychiatrie de liaison du CHUV. Ces rencontres avaient pour but de présenter la nouvelle équipe et d'échanger à propos de nos activités respectives et de nos collaborations.

Enfin, les médiatrices et le médiateur se sont rendu·e·s à Genève pour rencontrer les médiatrices des HUG, ce qui a permis d'entamer une réflexion commune sur la pratique et des thématiques partagées, relatives à la médiation hospitalière.

Formations dispensées

Courant 2021, l'équipe de médiation a dispensé les cours suivants :

- Cours dans le CAS en médiation de l'Université de Fribourg, sur le thème de la médiation dans le domaine de la santé ;
- Cours sur le conflit à l'hôpital destiné à des cadres dans les professions soignantes ;
- Cours dans le cadre d'une formation continue sur la maltraitance envers les personnes âgées, basé sur l'expérience de l'EMP. Ce cours est proposé par l'Unité de médecine des violences du CHUV et la HEdS La Source ;
- Cours dans la formation « Prévention et gestion des conflits et de la violence » du Centre de formation du CHUV ;
- Cours sur le conflit à l'hôpital dans le MicroMBA pour les cadres, proposé par le Centre de formation du CHUV.

Par ailleurs, l'équipe de médiation et Béatrice Schaad, en sa qualité de professeure à l'Institut des Humanités en médecine de l'Université de Lausanne (UNIL/CHUV), sont intervenues dans le cours-bloc de médecine interne de la Faculté de biologie et de médecine (FBM) pour animer un atelier sur le conflit à l'hôpital, destiné aux étudiant·e·s de 4^e année de médecine.

Enfin, un projet pilote de trois demi-journées de formation conjointes entre la FBM, la Haute Ecole de santé Vaud (HESAV) et le CHUV, intitulé « L'impact d'une collaboration interprofessionnelle difficile sur les patient·e·s, leurs proches et les professionnel·le·s » et réunissant des étudiants se préparent à l'exercice de la médecine, des soins infirmiers, de la physiothérapie ainsi que des futur·e·s techniciens et techniciennes en radiologie médicale et sages-femmes a pu être réalisé. Une analyse de l'expérience de ce cette formation innovante permettra d'étayer la réflexion sur son intégration dans les cursus de la FBM et de HESAV.

Formations reçues et supervisions

Afin de répondre aux exigences de leur activité, les médiatrices et médiateurs de l'EMP continuent de se former en permanence et mènent de manière régulière des analyses réflexives de leur pratique. L'équipe de médiation s'aménage des moments d'intervision hebdomadaires destinés à des échanges d'expériences et de pratiques entre pairs.

Au cours de l'année écoulée, l'équipe de médiation a bénéficié de supervisions de groupe régulières avec le professeur honoraire Patrice Guex et d'une supervision avec le professeur honoraire Jaques Faget. Deux médiatrices ont mené un travail réflexif individuel sur leur pratique, l'une sous la supervision de Madame Anne-Catherine Salberg et l'autre avec Madame Florence Studer.

Une journée au vert, annuelle, qui était dévolue à la réflexion sur le socle de pratique commun, partagé par tous les membres de l'équipe de médiation, s'est déroulée sous la conduite de Madame Florence Studer.

De plus, une médiatrice a bénéficié de la formation « Faire face au risque suicidaire » proposée par la formation continue UNIL-EPFL et deux médiatrices ont suivi la formation « Gestion des réclamations » du Centre de formation du CHUV.

Enfin, les responsables de la sécurité du CHUV ont organisé pour les médiatrices et médiateurs une demi-journée de formation destinée à leur donner des ressources pour éviter ou gérer des situations où leur sécurité pourrait être compromise lors d'interactions avec des usagers et usagers de l'Espace de médiation.

Remerciements

Courant 2021, deux membres fondateurs de l'Espace de médiation, Floriane Bornet et Thierry Currat, ont quitté leur fonction. Nous les remercions chaleureusement de tout ce qu'ils ont apporté aux patient-e-s, proches et professionnel-le-s, à l'institution et aux collègues médiatrices et médiateurs qui les ont rejoint-e-s dans cette activité passionnante au fil du temps. En 2021 aussi, nous avons souhaité la bienvenue à la médiatrice Catherine von Rotz et au médiateur Lionel Zighetti.

Nous remercions chaleureusement les patient-e-s, proches et professionnel-le-s qui, en sollicitant l'EMP, nous témoignent leur confiance. Les échanges destinés à 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, font la richesse de notre activité et nous leur en sommes profondément reconnaissant.e.s.

5. CONCLUSION

« Bureau des plaintes ». Telle est l'expression que l'on associe parfois encore à l'Espace de médiation du CHUV, cette association signifiant la méconnaissance de ce que constitue véritablement la médiation hospitalière. Mode alternatif de règlement des conflits, la médiation se distingue en de nombreux points d'une procédure judiciaire et de son champ lexical. Plutôt que de « plainte », la médiation s'intéresse aux « doléances » – du verbe latin « *dolere* » qui signifie « souffrir », autrement dit, aux souffrances, aux émotions et aux ressentis des patient-e-s, des proches et des professionnel-le-s de l'hôpital.

Depuis dix ans, l'Espace de médiation entre patients, proches et professionnels du CHUV offre ainsi une alternative au traitement judiciaire de l'insatisfaction, par un accueil, une écoute, la mise à disposition d'un espace neutre dans lequel la parole peut être déposée et le dialogue renaître. En donnant voix à tout usager de l'hôpital, il permet de rétablir un certain équilibre dans les relations entre patient-e-s, proches et professionnel-le-s.

Les mots que les patient-e-s, proches et professionnel-le-s viennent déposer auprès des médiatrices et du médiateur révèlent les divers maux dont souffre l'institution et ses usagers. L'incivilité, voire la violence auxquelles sont confrontés les professionnel-le-s dans leur pratique à l'hôpital en est un. La sollicitation toujours plus importante par les professionnelles et professionnels du CHUV exprime le désarroi dans lequel ceux-ci se trouvent parfois face à des situations tendues ou conflictuelles avec certain-e-s patient-e-s ou proches. Il est par ailleurs également l'indicateur de l'intégration du dispositif de médiation hospitalière dans la chaîne de prise en charge.

Chacune des doléances déposées dans notre Espace, qu'elle soit le fait d'un-e patient-e-, d'un-e proche ou d'un-e professionnel-le, est accueillie avec la plus grande considération. Elle peut être le reflet d'un état de mécontentement, de souffrance, de vive émotion, ou encore de déséquilibre ressenti par celui ou celle qui s'ouvre aux médiatrices et au médiateur. Parfois, elle pourra constituer le point de départ d'un processus de réparation, de restauration de la confiance ou de remise en lien. Souvent, sa seule expression suffit à apaiser. En tous les cas, elle constitue toujours un matériau précieux dans la mesure où elle représente une source d'information sur la qualité des soins et les adaptations à apporter à la prise en charge dans l'hôpital, voire plus largement au système de santé.