



Espace Patients&Proches
BH08-247

Fabienne Borel*

Claudia von Ballmoos

Floriane Bornet

Thierry Currat

Silvia Fuertes Marraco*

Juin 2020

Responsable Béatrice Schaad

RAPPORT D'ACTIVITE 2019



ESPACE PATIENTS & PROCHES

Direction générale

Ecoute et suivi
personnalisé





Introduction	3
Le processus de médiation	4
Un cas pratique	4
La sollicitation.....	5
La prise de contact	5
L’entretien préliminaire avec les proches	6
Analyse	7
Les entretiens préliminaires avec les professionnels.....	8
Analyse	9
Le deuxième entretien préliminaire avec les proches	10
La médiation entre les professionnels	11
La médiation entre les proches et les professionnels.....	13
Bilan.....	14
Statistiques	15
Tableaux comparatifs 2016 – 2019	16
L’activité	18
Les demandes.....	18
Les personnes (patients, proches et professionnels).....	20
Les doléances	22
Les solutions	25
Mise à disposition des informations recueillies	28
Restitutions de données.....	28
Collaborations et Projets.....	29
CHUV : collaborations régulières et projets institutionnels.....	29
Collaborations interinstitutionnelles.....	30
Enseignement et Présentations	31
CHUV	31
Enseignement et interventions auprès d’institutions partenaires	31
Formations reçues.....	32
Presse et Médias	32
Conclusion	33



INTRODUCTION

En 2019, sept années après la création de l'Espace Patients&Proches, l'équipe des médiateurs¹ a traité 639 sollicitations, ce qui correspond à une augmentation de 9% par rapport à l'année précédente. Il y a néanmoins eu peu de changements en ce qui concerne le type de personnes concernées, les doléances et les suites données.

Comme les années précédentes, le Rapport d'activité 2019 se compose de trois parties.

Dans une première partie thématique destinée à expliquer notre activité, nous proposons de montrer, à l'aide d'un cas fictif inspiré de plusieurs situations réelles, le déroulement de la prise en charge d'une situation complexe. Cette année le focus est mis, d'une part, sur un aspect peu visible du travail des médiateurs qui est l'analyse de la situation, en particulier l'identification des acteurs de la médiation et, d'autre part, sur la restitution aux professionnels et aux services de données leur permettant d'améliorer les pratiques.

La deuxième partie du rapport est dévolue à l'analyse des données statistiques et donne un aperçu davantage chiffré de notre activité en mettant l'accent sur les variations et tendances constatées.

Quant à la troisième partie, elle fait état de nos contributions, par des collaborations aussi bien internes qu'externes au CHUV, à l'amélioration des pratiques, à des projets institutionnels ainsi qu'à la formation de professionnels de la santé en devenir ou déjà établis, ainsi que de futurs médiateurs. En 2019, les médiateurs ont aussi bénéficié de formations et de supervisions leur permettant de réfléchir à leurs pratiques et de répondre aux exigences en matière d'accréditation par la Fédération suisse des associations de médiation (FSM).

L'Espace Patients&Proches existant pour et par les patients, proches et professionnels qui nous accordent leur confiance, nous les en remercions chaleureusement. C'est par leur engagement, leur détermination de mieux comprendre ce qui s'est passé dans les situations de tensions et leur volonté à retisser, à travers le dialogue et le cadre que nous leur proposons, des liens de confiance que nous pouvons accomplir notre mission.

Nous tenons aussi à remercier notre responsable, Madame Béatrice Schaad, pour l'intérêt et le soutien constants qu'elle témoigne à l'égard de nos activités.

*Au début de cette année, Madame Borel s'est tournée vers une autre activité professionnelle et Madame Fuertes Marraco a rejoint l'équipe des médiateurs de l'Espace Patients&Proches.

¹ L'emploi du masculin pour désigner des personnes n'a d'autres fins que celle d'alléger le texte.



LE PROCESSUS DE MÉDIATION

UN CAS PRATIQUE

Le processus de médiation² de la situation traitée ci-dessous, se déroule sur plusieurs mois et passe par les étapes classiques qui sont : la saisine ou la sollicitation de l'Espace Patients&Proches en l'occurrence par des proches, les entretiens préalables avec les proches d'abord et les professionnels ensuite ainsi que, dans ce cas, deux médiations et une transmission de données à la direction d'un département. Entre chacune de ces étapes, la médiatrice³ décide des meilleures suites à donner et des personnes à inviter à prendre part au processus, en fonction de l'analyse des données dont elle dispose, voire d'intervisions avec ses collègues⁴. Comme nous le verrons, cette démarche permet de remettre en lien les proches et l'institution en rétablissant le dialogue et en restaurant, du moins partiellement, la confiance. La rencontre donne la possibilité aux professionnels d'initier une meilleure collaboration ainsi que de transmettre des informations destinées à améliorer les pratiques et les infrastructures.

² La **médiation** peut être définie comme « un processus de communication éthique reposant sur la responsabilité et l'autonomie des participants, dans lequel un tiers - impartial, indépendant, sans pouvoir de trancher ou de proposer (sans pouvoir décisionnel ou consultatif) avec la seule autorité que lui reconnaissent les médiateurs (les partenaires à la médiation), - favorise par des entretiens confidentiels l'établissement, le rétablissement du lien social, la prévention ou le règlement de la situation en cause ». Il s'agit d'un processus qui « repose sur l'autonomie de la volonté des personnes concernées y compris le médiateur, et sur leur responsabilité » (Guillaume-Hofnung, M. (2006). Médiation éthique et démocratie sanitaire. *Médiations & Sociétés*, 11/12, 16-24).

Une des caractéristiques de la médiation dans le domaine de la santé réside dans le fait que les relations entre professionnels d'une part et patients et proches d'autre part sont facilement empreintes d'une certaine **asymétrie** des pouvoirs, en faveur des professionnels (Gaillet-Minkow N., communication personnelle [Présentation PowerPoint], 1er juin 2017). Le caractère asymétrique de la relation est aussi souligné par Schwebag, une asymétrie résultant d'un déséquilibre des connaissances ainsi que du fait que fréquemment, des médiés sont atteints dans leur santé, vulnérables, avec des émotions souvent fortes de part et d'autre. De plus, il n'est pas rare que la situation, voire de l'existence même du conflit, soient perçues de manière très différente par les parties (Schwebag, M. (2018). *Médiation dans les soins de santé*. Communication présentée au 11^e Congrès Suisse de Médiation SDM-FSM Médiation et autorités, Lucerne, Suisse).

³ L'équipe de l'Espace Patients&Proches 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. Nous écrirons en revanche « les médiateurs » dans les parties qui élargissent le propos à l'analyse de notre pratique commune et « le médiateur » lorsqu'il s'agira de considérations relatives à la pratique de la médiation en général.

⁴ Pour Studer et Rosset (Studer, F., Rosset, M. (2012). *Médiation*. (S.I.) : [s.n.]), le médiateur est « son propre instrument de travail ». Pour ces auteurs, il est important qu'il connaisse ses qualités et ses défauts, ses forces et ses faiblesses. Afin de favoriser une attitude multipartiale et « suffisamment » neutre, ils préconisent le recours à l'introspection dans le but de repérer notamment ses résonnances, ce qui implique la capacité à porter sur sa pratique un regard réflexif, à toutes les étapes du processus. Par ailleurs, ils recommandent des **intervisions**, c'est-à-dire des échanges entre collègues, ainsi que des supervisions.



LA SOLLICITATION

L'Espace Patients&Proches est sollicité par un courrier recommandé, signé par Madame A., la mère, et Monsieur B., l'oncle d'une jeune femme lourdement handicapée prénommée Céline⁵. Il s'agit d'une saisine directe car ce sont les acteurs directement en conflit qui sollicitent les médiateurs.

Dans leur courrier, ces proches font état de plusieurs griefs, qui concernent aussi bien des locaux et infrastructures jugées inadéquates que des insatisfactions concernant la prise de rendez-vous, les conditions d'accueil et le déroulement des consultations ambulatoires programmées au CHUV ainsi que la transmission des résultats aux proches et aux professionnels hors CHUV. Le ton est poli, mais déterminé. Des réponses et des engagements à améliorer les choses sont attendus.

LA PRISE DE CONTACT

La première étape du travail des médiateurs est d'accueillir le récit, de créer un espace dans lequel peut naître le dialogue afin de transformer, dans la mesure du possible, la plainte en doléance. Par l'écoute, la reformulation, en interrogeant la signification du conflit, les médiateurs essayent en effet d'amener la personne à prendre conscience de sa propre subjectivité, de son vécu ou de sa perception. En transformant la plainte en doléance, le plaignant en doléant, le médiateur favorise la création d'un espace pour la pensée et la parole, espace dont peut jaillir une action constructive, un élan de coopération⁶. Pour ce faire, nous privilégions les entretiens, contrairement à d'autres instances de traitement des conflits et insatisfactions qui travaillent sur dossier. Ces premiers entretiens ont pour but de préciser la demande et les difficultés éprouvées et de créer, dans la mesure du possible, une alliance permettant à la personne d'exprimer, de reconnaître aussi ses émotions et de réfléchir avec cette dernière aux suites qu'elle pourrait donner, soit de manière autonome, soit accompagnée par les médiateurs. Le rôle des médiateurs n'est en effet pas d'agir à la place des demandeurs, mais de les aider à trouver leur(s) solution(s).

La lettre des proches de Céline ne mentionne pas de numéro de téléphone. La médiatrice répond alors par un courrier par lequel elle accuse réception et invite Madame A. et Monsieur B. à lui communiquer un numéro de téléphone auquel les joindre, voire de la contacter directement.

Madame A. appelle la médiatrice dès réception du courrier. Il s'ensuit un premier entretien téléphonique dans lequel Madame A. retrace ses insatisfactions et frustrations. La souffrance est perceptible et la colère bien présente. La médiatrice écoute, fait préciser, reformule, résume, quitte, nomme les émotions perçues, ce qui, petit à petit, amène Madame A. à parler de manière plus posée et calme. Il faut en effet souvent d'abord laisser se dérouler le récit en offrant un temps fait d'écoute active, de non jugement, d'identification et de validation des émotions de l'autre ainsi que des doléances qui motivent la démarche. Ensuite, la médiatrice peut expliquer en quoi consiste son travail et ce que l'Espace Patients&Proches peut offrir. Son objectif à ce moment du processus est de proposer un entretien avec Madame A. et Monsieur B., dans les locaux de l'Espace Patients&Proches.

Au terme de l'entretien téléphonique, Madame A. est d'accord de venir au CHUV pour un entretien, accompagnée de son frère, Monsieur B. Un rendez-vous pour un entretien d'une heure est fixé pour la semaine suivante. Ce premier pas de Madame A. vers une rencontre est important dans la mesure où il témoigne de son engagement en faveur d'un processus qui va tendre vers la recherche de solutions.

A ce stade du processus, l'analyse du courrier et de ce premier entretien téléphonique permettent d'identifier les objets de la demande initiale. Il s'agit d'insatisfactions relatives aux infrastructures et à

⁵ Prénom d'emprunt.

⁶ Selon Guex, P., communication personnelle, novembre 2019.



la prise en charge jugées inadaptées aux besoins des personnes handicapées : « Au CHUV, les personnes handicapées sont mises de côté. Les locaux sont inadaptés et cela fait sept mois que nous attendons un rendez-vous pour des examens. Il a déjà été repoussé quatre fois ! C'est n'importe quoi ! »

L'ENTRETIEN PRÉLIMINAIRE AVEC LES PROCHES

L'entretien à l'Espace Patients&Proches avec la mère et l'oncle de Céline, permet de préciser les plaintes initiales : en ce qui concerne les locaux, il manque une pièce qui permettrait de changer les langes d'une personne adulte handicapée qui ne peut pas se tenir debout ni assis et qui doit être allongée. L'existence d'une chambre récemment adaptée aux besoins des personnes handicapées est saluée : « Elle est toute neuve et assez bien faite, mais l'éclairage par des spots est trop éblouissant et ne peut pas être modulé. Avec une lampe de chevet, je pourrais lire et Céline pourrait dormir. Le lit d'accompagnant est aussi trop encastré : à chaque fois que je me réveille, je me cogne la tête ! »

Quant à la prise en charge, c'est la coordination qui semble poser problème : « Indépendamment, les gens sont très bien, mais les coordonner, c'est autre chose ! ». La médiatrice invite Madame A. à préciser. Il apparaît alors que les examens et soins ambulatoires nécessitent l'intervention successive de plusieurs spécialistes. Ces rendez-vous sont organisés par des collaboratrices qui « par ailleurs sont très gentilles et qui veulent bien faire », dit Madame A. Sortant de son mutisme, Monsieur B. ajoute : « La dernière fois que le rendez-vous a été annulé la veille, on nous a dit qu'il n'y avait pas d'anesthésiste – pas d'anesthésiste – au CHUV – on nous prend pour des imbéciles ?! ».

De plus, de l'avis de Madame A., les prises en charge, une fois agendées, ne se déroulent pas à satisfaction non plus : « Des heures d'attente – c'est insupportable pour ma fille et très difficile à gérer pour les éducateurs – et ensuite aucune information. On ne sait pas ce qu'ils ont trouvé ! »

Au fil du récit, apparaissent les différentes personnes qui, de près ou de loin, tiennent un rôle dans les situations problématiques. Il y a d'abord les collaboratrices qui organisent les rendez-vous et la coordination entre les différents spécialistes pour les soins et examens réalisés en collaboration. Ensuite apparaissent les éducateurs et un infirmier du foyer dans lequel vit Céline. Ces derniers, se plaignent en effet auprès des proches des difficultés qu'ils rencontrent à « collaborer avec le CHUV ». Sur ce point, les proches se font porte-paroles des professionnels du foyer.

Le médecin traitant de Céline, un médecin installé en ville, semble aussi se plaindre du fait qu'il ne reçoit pas les rapports suite à ces prises en charge au CHUV. Il s'en plaint apparemment aussi aux proches. La médiatrice relève qu'il pourrait s'agir ici de triangulations⁷ dans la mesure où les proches semblent porteurs de messages de la part des soignants de Céline. Le cas échéant, ce type de dynamique mérite d'être traité dans le cadre de la démarche entreprise auprès de l'Espace Patients&Proches.

Au terme de cet entretien au cours duquel Monsieur B. est resté un peu en retrait et semblait plus réservé que Madame A. en ce qui concerne l'engagement dans la procédure, la médiatrice leur propose une synthèse qui résume les doléances et précise le contexte dans lequel celles-ci s'inscrivent.

⁷ “**Triangulation** is a manipulation tactic where one person will not communicate directly with another person, instead using a third person to relay communication to the second, thus forming a triangle” ([https://en.wikipedia.org/wiki/Triangulation_\(psychology\)](https://en.wikipedia.org/wiki/Triangulation_(psychology)); consulté le 4 juin 2020).



Ceci ouvre le focus au-delà du CHUV et permet d'identifier au sein de l'institution et en-dehors, les personnes et services *a priori* concernés. Petit à petit, les acteurs du conflit émergent du récit.

ANALYSE

Selon J. P. Bonafé-Schmitt⁸, il est important d'identifier soigneusement les acteurs de la médiation afin d'analyser les relations entre eux, leurs intérêts et besoins respectifs et commun, ainsi que leurs stratégies. Suite à cette analyse, le médiateur peut identifier le processus le plus à même d'offrir aux personnes concernées un accompagnement adéquat vers une résolution du conflit ou un certain apaisement.

Tout d'abord, il convient de ne pas oublier que le médiateur est un acteur de la médiation. Ensuite, Bonafé-Schmitt préconise de distinguer les acteurs directs des acteurs indirects. Les acteurs directs sont composés, d'une part, par les demandeurs et, d'autre part, par les défendeurs. Il peut s'agir aussi bien d'acteurs individuels que d'acteurs institutionnels. Leur nombre aura une incidence sur le processus dans la mesure où il faudra multiplier les entretiens préliminaires à la médiation en conséquence.

Dans la situation examinée, les demandeurs sont la mère et l'oncle de Céline. Il s'agit d'acteurs individuels qui agissent au nom et à la place d'un proche, en l'occurrence de la fille, respectivement de la nièce. On ne peut pas exclure, qu'ils agissent aussi dans leur propre intérêt qui peut être la reconnaissance et la valorisation de leur rôle de proche, de proche-aidant, de représentant dans le domaine médical voire de curateur, de leurs compétences, difficultés et souffrances.

Quant aux acteurs défendeurs, Madame A. et Monsieur B., comme bon nombre de personnes qui sollicitent l'Espace Patients&Proches, tiennent *a priori* « le CHUV » pour responsable, comme s'il s'agissait d'une personne. Or, le CHUV est un acteur institutionnel représenté par ses collaborateurs. Il n'est pas rare que les demandeurs ne connaissent pas le ou les professionnels concernés et c'est donc le médiateur qui, sur la base du récit des sollicitants, cherche à les identifier. Dans notre situation, la tâche de la médiatrice est néanmoins facilitée du fait que Madame A. connaît les collaboratrices qui organisent les rendez-vous pour les prises en charge ambulatoires.

En ce qui concerne les acteurs indirects de la médiation, il s'agit de les identifier et de déterminer leur position dans le conflit. En soutien ou en retrait, ils peuvent constituer aussi bien une ressource qu'un obstacle au processus de médiation. L'identification des acteurs indirects n'est pas toujours aisée et nécessite de la part du médiateur un certain recul et une ouverture du focus permettant d'éclairer les aspects que les médiés pourraient, intentionnellement ou pas, laisser dans l'ombre. Il n'est d'ailleurs pas rare que des acteurs indirects ne soient pas identifiés lors des premiers entretiens et apparaissent seulement plus tard dans le processus, voire dans la séance de médiation à proprement parler. Ici aussi, il convient de distinguer les acteurs individuels des acteurs institutionnels.

Bonafé-Schmitt distingue quatre types d'acteurs indirects : les tiers mandants, les tiers intervenants, les tiers associés et les tiers payants⁹.

⁸ Communication personnelle [Présentation PowerPoint et notes du cours « Les acteurs de la médiation »], 17 novembre 2016.

⁹ Peuvent être considérés comme **tiers mandants** les magistrats pénaux ou civils, la police, une municipalité ou encore un bailleur social. Ils donnent mandat au médiateur d'offrir aux personnes en conflit une médiation. Le recours à la médiation est alors suggéré par le tiers mandant ce qui peut avoir une incidence sur le caractère volontaire de la médiation.



Dans la situation examinée, il n'y a pas de tiers mandant puisque ce sont les proches qui sollicitent l'Espace Patients&Proches. Il arrive néanmoins que la sollicitation émane d'un collaborateur du CHUV, par exemple d'un collaborateur administratif, d'un chef de service ou de tout autre collaborateur qui souhaite bénéficier de l'intervention d'un tiers pour gérer une relation difficile avec un patient ou des proches. L'expérience nous a montré que l'engagement dans le processus de médiation des patients et proches est meilleur lorsque la demande vient d'eux, raison pour laquelle nous proposons aux collaborateurs qui souhaitent nous mandater, d'inviter le patient ou le proche de prendre contact avec nous et de faire ainsi le premier pas.

Le médecin traitant de Céline et les professionnels du foyer sont à considérer, à ce stade de la procédure, comme des tiers intervenants dans la mesure où ils semblent soutenir, voire alimenter les doléances des proches. Ainsi, Madame A. dit dans l'entretien : « Le Dr Q. dit que c'est toujours compliqué avec le CHUV et qu'il ne reçoit jamais les rapports » et, plus loin dans l'entretien : « Les éducateurs se plaignent aussi des temps d'attente et du manque d'informations ».

Au fil de la démarche, ces tiers deviendront, de l'avis de la médiatrice, des tiers associés quand ils quitteront la posture de doléant pour devenir co-constructeurs des solutions.

Enfin, le rôle de l'acteur tiers payant revient au CHUV, étant donné que le recours à l'Espace Patients&Proches est gratuit¹⁰.

LES ENTRETIENS PRÉLIMINAIRES AVEC LES PROFESSIONNELS

Avec l'accord de Madame A. qui représente sa fille, la médiatrice va, dans un premier temps, prendre contact avec les collaboratrices du CHUV et le médecin traitant. L'objectif est alors de les informer de la sollicitation de l'Espace Patients&Proches et de voir avec eux comment cela se passe de leur point de vue et quelles sont leurs demandes et propositions. Les collaboratrices du CHUV se disent d'abord étonnées par la démarche des proches : « Nous faisons un maximum, voire même plus que ce que

Les **tiers intervenants** peuvent être un avocat, un travailleur social ou encore des membres de la famille qui offrent aux personnes en conflit leur appui, leur conseil, voire les défendent activement. Pour le médiateur, il est particulièrement important d'identifier ces acteurs indirects de la médiation qui peuvent aussi bien constituer une ressource qu'un obstacle à la médiation et influencer le comportement des acteurs directs de la médiation. En fonction des circonstances concrètes, il peut s'avérer nécessaire de convenir avec les médiés qu'ils renoncent au recours à ces acteurs indirects à la médiation en suspendant par exemple une procédure judiciaire déjà entamée. Parfois il est indiqué d'obtenir des garanties de confidentialité à leur égard. A l'inverse, il peut s'avérer pertinent, voire nécessaire, d'inviter, avec l'accord des médiés, des acteurs indirects intervenants à participer au processus de médiation.

Le **tiers associé** peut être un travailleur social, un membre de la famille ou un tuteur légal qui sera a priori une ressource positive pour le processus de médiation.

Le **tiers payant**, peut être un assureur, un employeur, voire une collectivité (commune ou Etat) qui supporte les coûts de la médiation. Il est aussi important d'identifier ces acteurs indirects de la médiation puisque la médiation n'échappe pas aux réalités de nos sociétés dont le fonctionnement est influencé par des questions financières. Ainsi, la gratuité de la médiation pour les médiés peut, dans une visée d'équité d'accès, faciliter le recours à la médiation, mais aussi avoir pour conséquence un recours plus fréquent à une procédure gratuite, au détriment des procédures judiciaires qui permettraient dans certains cas, d'obtenir des solutions plus équitables, voire plus intéressantes au niveau financier (dommages et intérêts, p. ex.). On peut aussi s'interroger par rapport à un éventuel risque de prise d'influence de la part du tiers payant, ce qui pourrait remettre en question le principe d'indépendance de la médiation.

¹⁰ Pour les médiateurs professionnels engagés par des structures qu'elles soient cantonales ou institutionnelles, il est particulièrement important que leur rémunération soit indépendante des résultats. (Stimec, A., Adjès, S. (2015). *La médiation en entreprise* (4^{ème} éd.). Paris, France : Dunond)



nous devrions pour ces patients – nous ne comprenons pas qu’ils viennent se plaindre auprès de vous ». La médiatrice les invite à lui expliquer en quoi consiste leur travail. Au fil de l’entretien il apparaît que la situation est aussi difficile pour ces collaboratrices et qu’elles éprouvent également de l’insatisfaction quant à l’organisation et au déroulement de ces prises en charge.

La médiatrice qui, jusqu’alors, avait dans l’idée de transmettre des informations à des fins d’amélioration des pratiques et, percevant les émotions et la disponibilité, voire le souhait de ces collaboratrices de pouvoir en parler et de trouver des solutions, commence à envisager une rencontre de médiation réunissant les professionnels du CHUV au plus proche de ces difficultés, et des professionnels du foyer ainsi que le médecin traitant.

Suivent des entretiens téléphoniques avec l’administratrice, un éducateur et un infirmier responsable du foyer ainsi que le médecin traitant. Ces entretiens confirment et précisent les difficultés concrètes éprouvées par ces professionnels dans leur collaboration avec le CHUV. Ils permettent aussi à la médiatrice d’évaluer s’il y a d’autres sources de conflit ou d’autres acteurs indirects à intégrer dans le processus.

Les professionnels du foyer amènent encore une autre doléance : Céline, manifestant des douleurs abdominales difficiles à évaluer, avait en effet, sur demande du Dr Q., été adressée récemment aux Urgences du CHUV et avait été renvoyée en pleine nuit. Ce retour nocturne aurait gravement perturbé Céline et posé problème au personnel qui n’est ni assez formé ni en nombre suffisant pour recevoir des résidents de retour d’un hôpital durant la nuit.

Cet épisode est aussi évoqué par le Dr Q. qui « n’est pas du tout satisfait » que les médecins n’aient pas fait tous les examens demandés. Il ne comprend pas qu’on n’ait pas pu trouver un lit permettant à Céline de passer la nuit au CHUV et de rentrer à son institution dans de bonnes conditions : « Il n’y a plus d’humanité ! ».

ANALYSE

L’analyse de la situation, sur la base des éléments portés à la connaissance de la médiatrice à ce stade du processus, permet d’identifier les sortes de conflit et de formuler des hypothèses sur leurs sources.

Pour commencer, en ce qui concerne les proches de Céline, on peut formuler l’hypothèse qu’il y a un conflit inter-groupes entre ces derniers et les professionnels du CHUV. L’objet principal du conflit est l’insatisfaction relative à l’organisation et au déroulement des prises en charge ambulatoires programmées au CHUV et à l’inadéquation de certains locaux. Il pourrait s’agir d’un conflit de territoire dans la mesure où notamment la mère souhaiterait exercer son rôle de protectrice et défendre les intérêts de son enfant. Par ailleurs, il peut s’agir d’un conflit dit « cognitif »¹¹, qui a pour source des réalités divergentes de part et d’autre.

Ensuite, il y a un conflit inter-groupes entre les professionnels de l’institution et ceux du service qui organise les prises en charge ambulatoires. Les objets du conflit sont les reports fréquents des rendez-vous, l’attente trop longue pour entrer en salle d’examen et l’absence de transmission d’informations à l’issue des prises en charge. Les sources de ces conflits pourraient être une divergence d’organisation, un conflit cognitif (divergence des réalités), un conflit de territoire, voire un conflit relationnel dans la mesure où les professionnels de l’institution tout comme les collaboratrices du service du CHUV ont fait part de sentiments d’agacement et d’insécurité, voire de peur.

¹¹ Gay J., communication personnelle [Présentation PowerPoint et notes du cours « Le conflit et son environnement »], 18 novembre 2016.



Enfin, on peut identifier un conflit interpersonnel entre le Dr Q. et le médecin des Urgences. L'objet du conflit est l'insatisfaction du Dr Q. par rapport à la prise en charge médicale aux Urgences et le renvoi de Céline dans son institution durant la nuit. Il pourrait s'agir d'un conflit de territoire (qui décide de la prise en charge aux Urgences) et d'un conflit cognitif dans la mesure où chacun vit une autre réalité (possibilité de garder un patient pour lui permettre de passer la nuit).

Afin de partager cette analyse, du moins partiellement en raison de la confidentialité des échanges, avec Madame A. et Monsieur B., et de voir quelles suites donner, la médiatrice leur propose un deuxième entretien préliminaire.

LE DEUXIÈME ENTRETIEN PRÉLIMINAIRE AVEC LES PROCHES

Ce deuxième entretien s'avère nécessaire du fait de la complexité de la situation et du nombre de personnes concernées. Il permet aussi à la médiatrice de voir si les doléances des demandeurs, dans l'intervalle, se sont modifiées et d'évaluer leur état émotionnel et leur aptitude à une éventuelle médiation. La pratique montre en effet que le temps qui passe peut avoir un effet apaisant sur les doléants et, qu'une fois qu'ils se sont sentis entendus, le sentiment d'urgence s'éteignant, ils arrivent à prendre un peu de distance par rapport aux sentiments éprouvés et au sens donné initialement à ce qu'ils ont vécu.

Madame A. est très calme et semble confiante. Monsieur B. donne l'impression d'être toujours un peu en retrait. Il dit être là pour soutenir sa sœur : « C'est elle qui a voulu venir vous voir, moi j'aurais écrit au Directeur ».

Assez rapidement, Madame A. amène la discussion sur le récent passage de sa fille aux Urgences, événement qu'elle n'avait pas évoqué lors des entretiens précédents. Elle fond en larmes et dit combien elle se reproche de ne pas être restée auprès de sa fille : « Depuis, je culpabilise ». Informée par les éducateurs que Céline était aux Urgences, elle les avait en effet rejoints en fin de soirée et leur avait proposé de rentrer à la maison. « Vers minuit, une soignante m'a dit de rentrer à mon tour et d'appeler le lendemain pour prendre des nouvelles. J'étais fatiguée et j'ai fait ce qu'elle m'a dit. Mais le matin, quand j'ai téléphoné, on m'a dit que ma fille n'était plus là. Je l'ai retrouvée au foyer, dans tous ses états. Les soignants aussi étaient tout retournés de ce qui s'était passé. Céline était agitée et agressive pendant plusieurs jours – je m'en veux tellement – je n'aurais pas dû la laisser ! ». Son frère dit alors : « Avec quelqu'un de normal, jamais ils n'auraient osé faire cela ! C'est le pompon – on ne peut pas leur faire confiance ! »

La médiatrice note qu'enfin le fond du problème est dit. Ce qui a amené Madame A. et Monsieur B. à l'Espace Patients&Proches est bien cette rupture de confiance. Il en ressort un conflit inter-groupes entre les proches et les Urgences qui a pour objet le renvoi de Céline « en pleine nuit ».

La médiatrice écoute, reformule et, petit à petit les amène à réfléchir à ce qui pourrait leur redonner confiance. Assez rapidement, Madame A. dit qu'elle souhaiterait parler au médecin qui a renvoyé Céline pour lui dire sa colère, son incompréhension et la souffrance de sa fille.

Ensuite, la médiatrice oriente la réflexion vers les différentes options qui, à ce stade du processus, s'offrent à eux¹². Chacune des options est discutée. Finalement Madame A. et Monsieur B. sont

¹² L'un des principes de l'activité des médiateurs est la **subsidiarité** et l'**intervention minimale**. La première question posée aux patients et proches est : « En avez-vous parlé avec les équipes ? ». L'Espace Patients&Proches n'a, en effet, pas été créé pour centraliser toutes les doléances de l'institution, mais pour offrir un lieu d'écoute aux patients et proches qui ne se sont pas sentis entendus ailleurs et pour offrir assistance aux professionnels dans des situations particulièrement conflictuelles. L'intervention minimale et la **remise en lien** avec les services est toujours l'objectif principal des médiateurs.



d'accord que les doléances et suggestions relatives aux infrastructures soient transmises par la médiatrice à la direction compétente. Ces aspects ne comportent pas réellement d'éléments conflictuels, ni d'enjeux émotionnels. Par ailleurs, afin de traiter les conflits respectifs, deux médiations sont envisagées.

L'une des médiations réunira les professionnels du foyer et le médecin traitant d'une part, et les collaboratrices du service qui organisent les prises en charge ambulatoires programmées d'autre part. Madame A. et Monsieur B. sont d'accord qu'il s'agit là essentiellement de difficultés de coordination et de collaboration entre professionnels. « Cela ne nous concerne pas tellement, s'ils peuvent s'entendre et trouver une solution, cela nous convient. »

L'autre médiation réunira des professionnels des Urgences, les proches et les professionnels de l'institution ainsi que le médecin traitant. La médiatrice souhaite en effet que les professionnels qui s'occupent de Céline dans son institution ainsi que son médecin traitant soient aussi présents afin que tout le monde puisse dire ce qu'il a à dire et entendre les points de vues des autres. Le but étant d'apaiser ces relations qui s'inscrivent dans la durée, de faciliter d'éventuelles ré-hospitalisations de Céline dans ce contexte et de prévenir des triangulations futures.

Afin d'organiser cette deuxième médiation, des entretiens préliminaires avec les professionnels des Urgences sont encore menés. S'ensuivent des entretiens, le plus souvent téléphoniques, avec tous les acteurs du conflit pour vérifier qu'ils sont d'accord de participer, leur expliquer le fonctionnement d'une médiation et organiser les deux rencontres.

LA MÉDIATION ENTRE LES PROFESSIONNELS

Cette médiation réunit autour de la table une responsable administrative, l'éducateur et l'infirmier responsable du foyer, le médecin traitant de Céline et deux collaboratrices du service qui organise les prises en charge ambulatoires.

La médiatrice accueille chacun des participants et les place. Le setting est en effet un élément important et les médiateurs en décident de manière à favoriser la communication entre toutes les personnes présentes ainsi que leur travail d'observation des interactions et des réactions non verbales de chacun. Après les avoir remercié d'être là, la médiatrice vérifie la disponibilité de chacun pour la durée de la séance. Ensuite, elle rappelle que la médiation est un processus volontaire et confidentiel.

Dans certaines situations, une telle remise en lien nécessite que les médiateurs, au préalable, recueillent des informations auprès des personnes compétentes et les transmettent aux doléants afin que ces derniers puissent poursuivre leur démarche de manière autonome, voire pour les réorienter en interne vers un service administratif pour la gestion des dossiers, un secrétariat pour un rapport de sortie ou les juristes pour les revendications d'ordre financier.

D'autres situations nécessitent une préparation de la remise en lien avec les professionnels par des entretiens qui permettent de baisser la pression émotionnelle, d'identifier le bon interlocuteur et de préparer le récit ainsi que la manière dont le contact sera établi avec ce dernier.

Il arrive aussi que le doléant soit réorienté vers une structure externe, tel que le Bureau cantonal de médiation santé et social ou une structure de médiation d'un autre canton, une commission des plaintes ou une organisation des patients ou des assurés.

Dans 36.5% des cas (moyenne des statistiques 2016-2019), les doléants, après avoir été écoutés lors d'un premier entretien avec un médiateur, ne souhaitent pas entreprendre d'autres démarches et se disent apaisés et rassurés par le fait que les doléances identifiées seront transmises lors d'une restitution au service concerné. Les médiateurs proposent en effet chaque année des restitutions fondées sur les données statistiques et des verbatim anonymisés à des fins d'amélioration des pratiques.

Enfin, environ 8% des sollicitations (idem) donnent lieu à une médiation.



La confidentialité étant importante afin que chacun puisse s'exprimer librement. Elle les invite à être authentique et à s'engager dans la discussion dans un esprit d'écoute, de coopération et de respect mutuel. Elle rappelle aussi son rôle qui est celui d'une personne tierce, externe au conflit, indépendante et impartiale¹³. S'appuyant sur la relation qu'elle aura pu instaurer avec chacun et afin de faire émerger les réalités et besoins de chacun, elle montrera, tour à tour, de la compréhension et de l'empathie pour les points de vue de chacun. A l'instar d'un *culbuto*¹⁴ elle penchera au fil des échanges vers chacun des participants tout en revenant toujours dans son assiette de médiatrice.

Ensuite, elle conduit la discussion à travers les quatre phases proposées par Fiutak¹⁵ :

- 1) la phase du « Quoi ? » qui permet aux médiés de dire à tour de rôle chacun sa réalité, ses difficultés et besoins ;
- 2) la phase du « Pourquoi ? », phase durant laquelle les médiés peuvent se poser des questions mutuellement afin d'identifier les véritables enjeux et intérêts ;
- 3) la phase du « Et si ? », durant laquelle les participants peuvent explorer les différentes options en se situant dans l'ici et le maintenant, voire en se projetant vers l'avenir ;
- 4) la phase du « Comment ? » qui consiste à faire émerger un plan d'action et de retenir parmi les options identifiées, les éléments qui permettent, idéalement, de convenir d'un accord durable.

Rapidement, les phases 1 et 2 s'entremêlent et s'instaure alors un dialogue, notamment entre l'infirmier responsable et l'une des collaboratrices du service, à propos du temps d'attente lors des prises en charge programmées. Il y a un très joli moment où ces deux professionnels comprennent leurs réalités mutuelles et se rendent compte qu'ils poursuivent un objectif commun : une prise en charge de qualité des patients. C'est un moment qui, par « l'agir communicationnel », tel que décrit par Habermass, cité par Bonafé-Schmitt¹⁶, offre aux médiés la possibilité de se construire comme

¹³ En ce qui concerne le rôle et la **posture du médiateur**, les règles déontologiques de la Fédération suisse des associations de médiation (FSM), préconisent notamment que « la médiatrice ou le médiateur adopte envers les participants au conflit une attitude impartiale (multipartiale), exempte de préjugés » (art. 3 al. 1).

La littérature propose de viser la **multipartialité** (Salzer, cité dans Stimec, A., Adjès, S. (2015). *La médiation en entreprise* (4^{ème} éd.). Paris, France : Dunod; Pekar-Lempereur, A., Colson, A., Salzer, J (2008). *Méthode de médiation. Au cœur de la conciliation*. Paris, France : Dunod.), ce qui revient à « penser la relation avec les parties en termes de ET plutôt qu'en OU » (Stimec et Adjès, 2004) et à adopter une posture fondée sur l'affirmation « je suis et pour l'un et pour l'autre » (Pekar Lempereur et al. 2008).

Plutôt que d'essayer de rester neutre, il s'agit alors de prendre, en quelque sorte, parti pour chacun des médiés en adoptant une posture empathique. Pour Pekar Lempereur et al. (2008), cela consiste non pas « à maintenir une distance avec les deux parties, mais au contraire à se rapprocher de l'une et de l'autre, en inspirant confiance à l'une et l'autre par une proximité équilibrée ». Le médiateur doit donc montrer « tour à tour de l'empathie pour les points de vue de chacun, pour bien comprendre les contradictions et besoins » (Pekar Lempereur et al. 2008).

Pour tendre vers une attitude multipartiale et empathique à l'égard de tous les médiés, le médiateur doit repérer ses pensées, émotions et perceptions et les utiliser en résonance avec les participants au processus de médiation afin de révéler ce qui se passe. Pour ce faire, le médiateur doit aussi être capable de se décentrer. Stimec et Adjès (2004) utilisent à ce propos l'image du **culbuto**. Ils proposent en effet au médiateur de s'accepter « comme un culbuto souple qui revient sans cesse dans son assise centrale en ayant eu l'occasion de pencher d'un côté puis de l'autre ».

¹⁴ Un **culbuto** [...], est un type de jouet traditionnel pour enfants. Il s'agit d'un petit personnage dont la base arrondie est lestée de sorte que, même si le jouet est frappé ou renversé, il se redresse toujours et revient à la verticale en oscillant. (<https://fr.wikipedia.org/wiki/Culbuto>; consulté le 4 juin 2020)

¹⁵ Fiutak, T. (2014), *Le médiateur dans l'arène : réflexions sur l'art de la médiation*. Toulouse, France : Erès. (Ouvrage original publié en 2011).

¹⁶ Bonafé-Schmitt, J-P. (2008). La ou les médiations dans le domaine de la santé. Dans Guy-Ecabert, Ch. et Guillod, O. (éds.), *Médiation et santé* (pp. 95-101). Berne, Suisse : Weblaw et Zurich, Suisse : Schulthess.



acteur et de promouvoir leur capacité d'action, leur autonomie dans la gestion de leurs conflits, voire de leurs relations sociales. De ce moment d'intercompréhension jaillit une première solution : planifier les rendez-vous de ces patients en début de journée. La faisabilité de cette solution est vérifiée auprès de tous et validée et la manière dont elle sera mise en œuvre et communiquée à l'ensemble des personnes concernées est précisée.

Pour les autres points relevés lors de la première phase de la séance, des solutions concrètes sont proposées par les médiés pour améliorer la transmission, à l'issue des prises en charge, des informations au médecin traitant et aux professionnels de l'institution. Ces propositions nécessitent néanmoins des réflexions avec d'autres collaborateurs et services et une validation dans chacune des entités concernées.

Quant aux reports fréquents de ces rendez-vous, le lien est fait avec un projet interne au CHUV qui vise à améliorer de manière générale la coordination de la prise en charge des personnes en situation de handicap.

Au terme de la séance de médiation, la médiatrice fait un résumé oral et rappelle les engagements pris par les uns et les autres. Elle leur propose de les recontacter dans deux ou trois mois pour voir si les solutions retenues et les démarches entamées ont donné un résultat satisfaisant. Les médiateurs de l'Espace Patients&Proches ne rédigent en effet pas d'accord de médiation.

Les médiés se quittent en exprimant leur satisfaction d'avoir pu faire connaissance les uns avec les autres et d'avoir pu poser les bases d'une meilleure collaboration.

LA MÉDIATION ENTRE LES PROCHES ET LES PROFESSIONNELS

Comme évoqué précédemment, cette médiation a pour objet de traiter la sortie nocturne de Céline des Urgences. Pour cette médiation, la médiatrice a réuni autour de la table la mère et l'oncle de Céline, son médecin traitant, l'infirmier responsable du foyer ainsi que deux professionnels des Urgences, l'un pour représenter la ligne médicale et l'autre pour représenter la ligne des soins.

La présence du médecin traitant ainsi que de l'infirmier du foyer est importante car ils avaient partagé leur mécontentement avec les proches. Lors des entretiens préliminaires, il est apparu qu'une discussion avec des professionnels des Urgences pourrait favoriser la compréhension des décisions prises par ces derniers.

La médiatrice accueille les médiés et pose le cadre comme dans la médiation précédente. Ensuite elle propose à chacun de dire, à tour de rôle, comment il a vécu l'hospitalisation de Céline aux Urgences et son retour durant la nuit. Sentant que Madame A. semble intimidée et très tendue, elle lui propose de commencer. A la différence des professionnels qui, en médiation, restent souvent dans un registre très factuel, Madame A. saisit l'occasion donnée de dire aussi ses émotions : de la colère, car elle pense que sa fille a été « moins bien traitée que d'autres qui ne sont pas handicapés » et de la peur aussi « on ne peut plus faire confiance ». Elle dit qu'elle a besoin de comprendre.

Les professionnels sont à l'écoute. Ils regrettent que les événements aient été mal vécus et s'en excusent. Puis, ils expliquent quels examens ont été réalisés et pour quelles raisons, ainsi que le traitement instauré. Ils précisent aussi que la réalité des Urgences d'un centre hospitalier universitaire a fortement changé ces dernières années. Aujourd'hui, ce service a pour mission d'accueillir, de stabiliser, de traiter et d'orienter des situations aiguës. Il n'y a quasiment plus de différence entre l'activité de jour et de nuit. Par ailleurs, le nombre annuel des consultations a fortement augmenté ces dernières années alors que le nombre de lits dans l'unité d'observation, qui permettrait de passer une nuit dans des conditions relativement calmes, a été fortement réduit. La nuit où Céline était aux Urgences, il y avait une forte affluence et en tenant compte de l'ensemble de la situation et après une



évaluation soigneuse, discutée avec le médecin responsable, il semblait raisonnable de penser qu'il serait plus confortable pour Céline de terminer la nuit dans son foyer plutôt que dans un couloir du service.

Intervient alors l'infirmier du foyer pour dire qu'en fait, ils n'ont pas la capacité d'accueillir des résidents qui reviennent d'un hôpital la nuit. Les veilleuses ne sont ni assez nombreuses, ni assez formées. Il s'avère alors que les informations dont disposent les professionnels des Urgences ne correspondent pas à la réalité du foyer. Un document interne du CHUV devra être remis à jour. De plus, la mise sur pied d'une check-list, destinée à l'équipe médico-infirmière des Urgences sera confectionnée, leur permettant de s'assurer que les conditions d'un retour en foyer ou à domicile sont réunies.

A la fin de la séance, Madame A. dit qu'elle s'est sentie entendue et reconnue dans son rôle de proche et de mère. Elle se dit aussi rassurée par les propos échangés entre les professionnels qui envisagent des améliorations et qui témoignent de leur investissement en faveur de prises en charge de qualité, respectant les besoins des patients. Comprenant mieux ce qui s'est passé et les raisons des décisions prises, elle dit retrouver « un peu la confiance » et se dit soulagée : « Je culpabilise moins ». Elle a en effet compris que sa fille n'a pas été négligée parce qu'elle est handicapée. Elle a fait tous ce qu'une (bonne) mère pouvait faire pour sa fille dans cette situation.

Quant au médecin traitant, il se dit très satisfait de l'échange et à disposition pour une réflexion plus globale, tendant à faciliter la bonne collaboration entre le service des Urgences et les médecins installés.

L'infirmier du foyer échange ses coordonnées avec le cadre infirmier des Urgences pour mettre à jour les informations sur les capacités d'accueil de son institution.

BILAN

Le cas que nous venons d'examiner montre bien l'importance de la coordination entre professionnels et son influence sur la manière dont les patients et les proches vivent les prestations offertes.

Dans cette situation, on peut identifier un triple niveau avec des enjeux entre les professionnels du CHUV, entre professionnels du CHUV et professionnels externes et entre les proches et ces professionnels. La remise en lien, qui s'est faite par l'organisation de rencontres de médiation entre ces professionnels, aura permis d'identifier les difficultés et intérêts communs et d'instaurer un dialogue constructif dont ont pu émerger des solutions tendant vers une collaboration plus fluide. Le processus a aussi donné aux professionnels la possibilité de faire connaissance avec les interlocuteurs directement concernés et de prendre conscience des réalités de chacun. Cette mise en lien pose les bases d'une meilleure collaboration qui bénéficiera au patient et soulagera les proches qui seront déchargés quelque peu de la lourde charge de veiller au respect des besoins de leur proche.

En ce qui concerne le processus de médiation, ce cas montre aussi l'importance d'un deuxième entretien de préparation avec les proches, qui a permis de vérifier les premières hypothèses et de faire émerger le problème de fond. L'accompagnement par la médiatrice n'a ainsi pas seulement permis de traiter les doléances des proches, mais a rendu possible que la mère identifie et exprime son sentiment de culpabilité. La médiation entre les proches et les professionnels aura permis de traiter celui-ci et de rétablir la confiance à l'égard de l'institution et de ses collaborateurs.



STATISTIQUES

Depuis son ouverture en avril 2012 jusqu'à fin 2019, notre espace de médiation a reçu 3865 demandes.

Certaines situations sont traitées dans la journée, en moins d'une heure, comme lorsqu'une personne déplore de ne pouvoir atteindre un secrétariat par téléphone pour annuler un rendez-vous. D'autres situations prennent plus de temps, comme nous l'avons vu dans l'exemple décrit au chapitre précédent. Elles nécessitent parfois plus de 10 heures d'intervention et peuvent durer des mois ; c'est souvent le cas lorsque de nombreux protagonistes sont concernés et que la situation clinique est grave et/ou complexe.

Pour avoir le temps de traiter toutes les demandes, l'équipe de médiation a peu à peu modifié son fonctionnement, se rendant moins disponible en direct : les appels téléphoniques sont dirigés vers une boîte vocale relevée quotidiennement en semaine et les permanences physiques dans le hall du CHUV sont limitées à quatre après-midis hebdomadaires. Si par le passé nous avons compté jusqu'à 250 jours de permanence par année, en 2019 nous en dénombrons 170. Les quatre membres de l'équipe (2.8 EPT¹⁷) assurent ainsi en moyenne une permanence par semaine et consacrent le reste du temps au traitement des situations (suivant les besoins : recueil d'informations, prises de contacts, entretiens préparatoires, médiations, suivis et documentation) et aux activités annexes décrites dans le dernier chapitre de ce rapport (restitutions de données, projets institutionnels, enseignement, recherche).

L'augmentation de 9% des demandes en 2019 et la concentration des permanences impliquent une hausse du nombre de sollicitations par jour de travail : de 1.3 en 2012 et 2013, nous sommes en 2019 à 3.8 nouvelles situation par jour.

Quels que soient les aménagements organisationnels visant à préserver des temps de traitement des situations, le travail de médiation hospitalier est essentiellement relationnel ; il nécessite de la disponibilité pour répondre au sentiment d'urgence des personnes prises dans des conflits. En situation de crise, on ne peut faire preuve de patience que lorsque l'on s'est senti entendu et qu'on a l'assurance d'un suivi. Malgré une légère baisse ces dernières années, nous parvenons toujours à privilégier les contacts directs (47%) et une facilité d'accès sans rendez-vous (67%).

Autre fait significatif d'année en année, la proportion de demandes d'intervention ou de conseil émanant des professionnels (internes et externes) continue d'augmenter pour représenter en 2019 14% des sollicitations. C'est pour nous un bon signe d'intégration institutionnel et dans les réseaux de soin. Cet enjeu est délicat car souvent les dispositifs de médiation suscitent de la méfiance au sein des entreprises ou des institutions dont ils font partie, notamment en raison de craintes liées à la neutralité, à la confidentialité et à l'indépendance du dispositif. Il est réjouissant de constater que les professionnels du CHUV semblent apprécier la plus-value de ce mode alternatif de résolution de conflit, basé sur le dialogue.

¹⁷ Equivalent Plein Temps



TABLEAUX COMPARATIFS 2016 – 2019

A	Activité - en nombre	2016	2017	2018	2019
	Nombre de permanences (n=792)	230	226	166	170
	Nombre de situations par permanence	2.3	2.4	3.5	3.8
	Nombre situations (n=2308)	540	544	585	639
	Situations liées à un demandeur <i>vulnérable</i> ¹⁸	123	96	82	93
		%			
	Situations <i>vulnérables</i> en %	23	18	14	15
B	Type de prise de contact	%			
	Non planifié	77	76	70	67
	Planifié, sur RV	23	24	30	33
C	Type de suivi	%			
	En entretien	51	50	46	47
	Par téléphone	42	38	43	44
	Par écrit	7	12	11	9
D	Durée du suivi des situations	%			
	1 à 7 jours	55	58	49	50
	8 à 30 jours	22	19	21	23
	1 à 6 mois	21	19	27	21
	+ de 6 mois	1	1	2	1
	En cours	1	3	1	5
E	Heures consacrées au traitement ¹⁹	%			
	1 heure	34	39	30	34
	1 à 2 heures	35	31	34	34
	2 à 5 heures	25	25	28	27
	5 à 10 heures	4	3	4	3
	+ de 10 heures	2	2	4	2
F	Type de prise en charge visé par la doléance	%			
	Hospitalisation	49	50	48	47
	Ambulatoire	46	44	49	48
	Autre	5	6	3	5
G	Demandeurs	%			
	Patients	54	51	56	53
	Proches	35	36	33	33
	Professionnels	11	13	11	14

¹⁸ Personnes qui présentent une fragilité psycho-sociale et/ou qui sont en conflit chronique avec le CHUV.

¹⁹ 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.



H	Type de doléance	2016	2017	2018	2019
		n=967	n=941	n=1028	n=1095
		%			
	Communication	27	28	26	25
	Egards et attention	10	9	9	10
	Droit des patients	7	6	5	5
	Gestion et infrastructures	16	13	16	17
	Accès et attente	13	16	15	14
	Qualité de la prise en charge	14	15	13	15
	Sécurité	13	13	16	14
I	Domaine visé par la doléance	%			
	Médical	43	40	46	42
	Administratif	22	13	15	16
	Soins	11	12	11	12
	Autre ²⁰	5	8	5	8
	Non Applicable ²¹	19	26	23	22
J	Type de suites données ²²	n=600	n=638	n=710	n= 788
		%			
	Aucune suite	34	38	36	38
	Remise en lien	21	15	17	17
	Transmission d'informations recueillies	22	24	16	17
	Médiation	8	7	10	8
	Réorientation interne	10	13	16	16
	Réorientation externe	5	4	5	4
K	Contact avec le service concerné	n=540	n=544	n=584	n=639
		%			
	Sans contact	32	32	33	33
	Avec contact	49	42	44	45
	Non applicable	19	26	23	22

²⁰ Cette catégorie recouvre tous les autres domaines : hôtellerie, infrastructures, etc.

²¹ Concerne les situations sans doléances, par exemple les demandes de conseil ou questions d'ordre général.

²² A l'exception de la solution « aucune suite », une situation peut donner lieu à plusieurs suites : la médiatrice ou le médiateur peut, par exemple, « remettre en lien » un patient ou proche avec un service clinique pour un aspect du problème (information, relationnel) et en même temps effectuer une « réorientation interne » vers l'Unité des affaires juridiques pour un autre aspect (demande d'indemnisation par exemple).

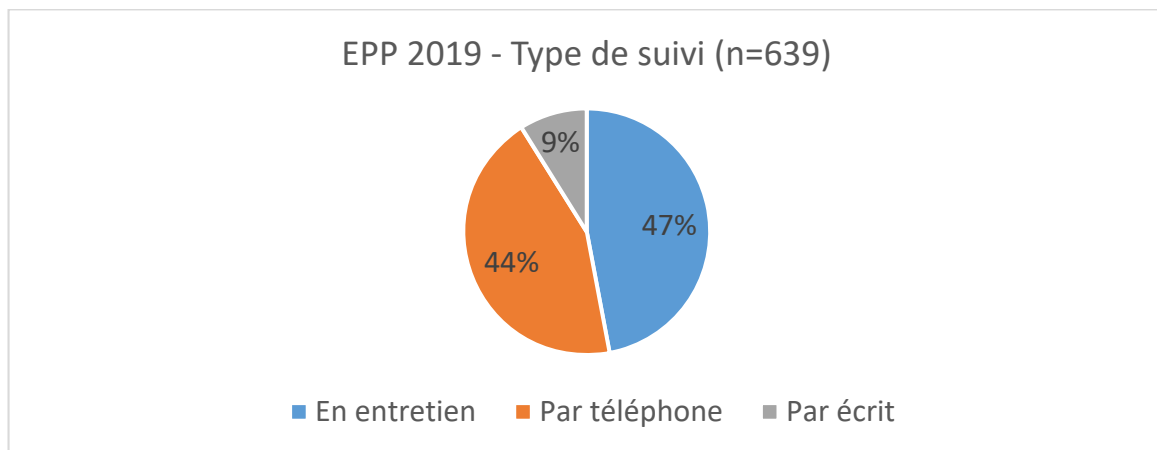


L'ACTIVITE

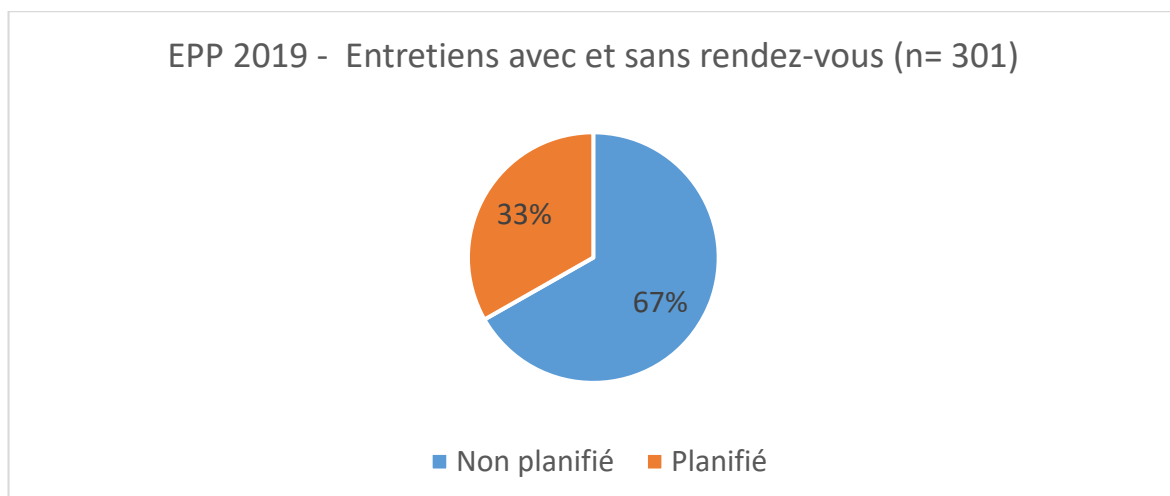
En 2019, l'EPP comptabilise 639 situations, soit une augmentation de 9% des demandes. Pour gérer ces situations et traiter les données recueillies, nous avons fermé notre permanence six fois dans l'année, durant une semaine. On compte ainsi 170 jours de permanence et en moyenne 3,8 nouvelles sollicitations par jour d'ouverture de notre espace d'accueil dans le hall du CHUV.

LES DEMANDES

Certaines personnes nous sollicitent directement durant une permanence, d'autres s'adressent à nous par téléphone ou par courriel. En fonction des besoins et de la nature de la situation, nous traitons la demande en entretien, par téléphone ou par écrit. Par exemple, un problème administratif nécessite rarement un entretien alors qu'une situation chargée d'émotion exige généralement une rencontre, voire plusieurs, comme dans le cas présenté dans le chapitre précédent.



La proportion d'entretiens non planifiés a baissé de 10% ces quatre dernières années, mais reste plus élevée que les entretiens planifiés. Cela montre que malgré la réduction de notre disponibilité en direct, nous restons principalement sollicités sans rendez-vous, durant les permanences. Nous tenons à cette accessibilité, notamment pour les personnes allophones et pour celles qui ont des difficultés à écrire.

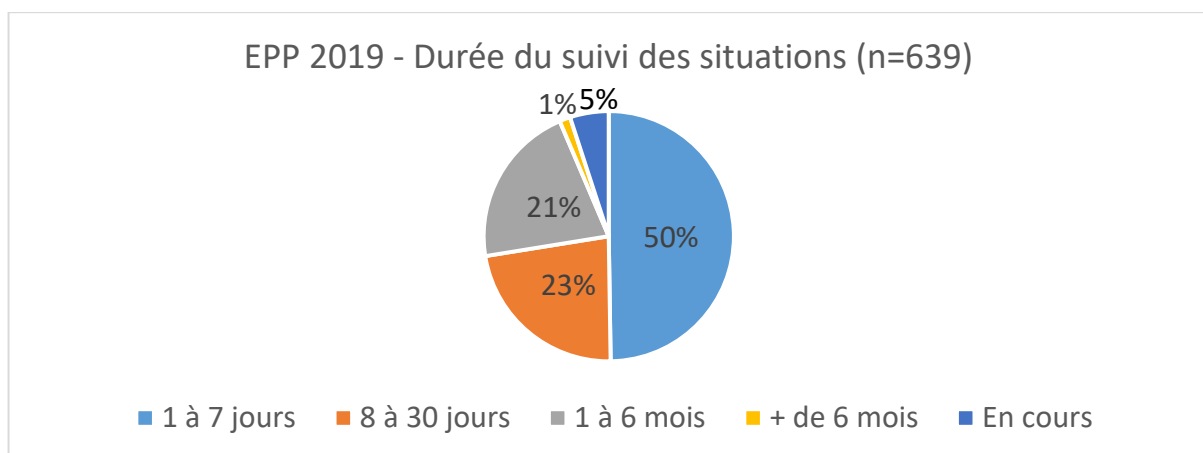




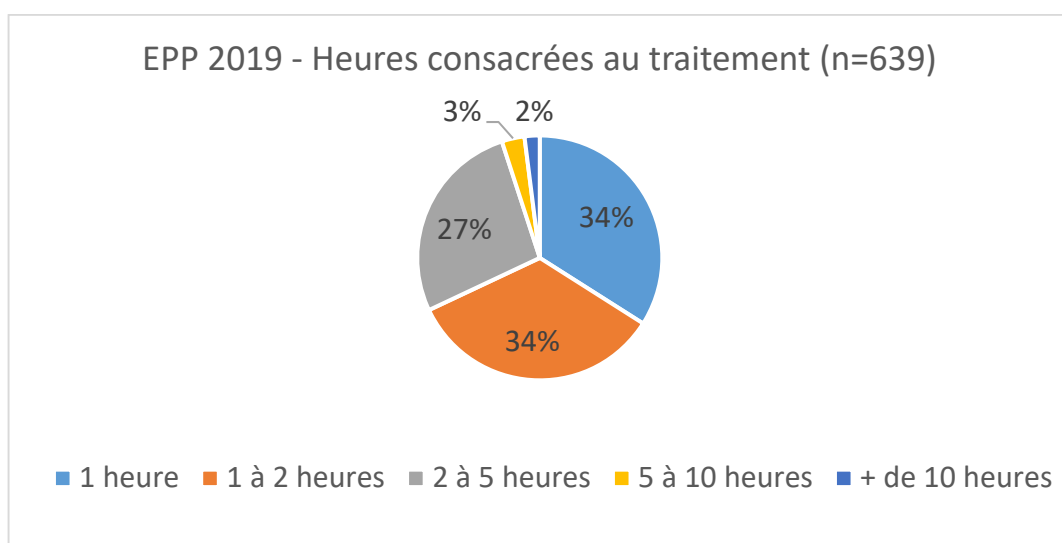
La durée de traitement des situation (en jours) et le temps effectif de travail pour chaque demande (en heures) restent stables d'année en année. Cela montre que la nature de notre activité ne change pas fondamentalement et que la proportion entre les situations « simples » et « complexes » est également constante.

Les suivis les plus longs concernent souvent des situations traitées en parallèle en médiation et par l'unité des affaires juridiques. Lorsque les patients ou leur famille estiment que la responsabilité de l'institution est engagée, cette dernière propose une investigation interne qui nécessite parfois plusieurs semaines d'analyse. Les médiateurs accompagnent alors les parties sur le plan relationnel durant cette période, jusqu'à clôture du dossier.

Les tableaux suivant ne comptabilisent pas le travail de saisie et d'analyse des données, mais uniquement le temps de contact avec les patients, proches et professionnels.



Un tiers des situations sont closes dès le premier contact et en moins d'une heure. Ce peut être notamment le cas pour des demandes de conseil sans doléance ou le traitement de problèmes administratifs simples, tels que des incompréhensions liées à la facturation ou des plaintes pour objets perdus, que nous réorientons vers les services compétents. En 2019, 90% des demandes qui portent sur des questions administratives ont été traitées en moins de 2 heures.

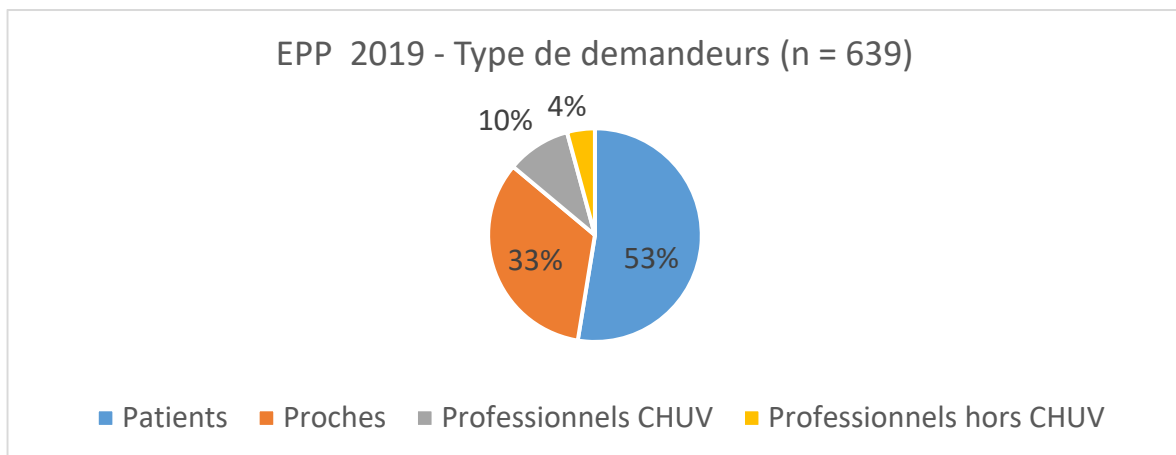




Lorsqu'une médiation est organisée, le temps effectif pour traiter la situation se situe dans la majorité des cas entre 2 et 5 heures et la durée du suivi entre un et six mois. Un tiers des situations de médiation exige toutefois de 5 à 10 heures de travail. A l'inverse, une faible proportion de médiations requiert un seul jour et moins de deux heures. C'est le cas lorsque, dans des situations exceptionnelles, nous sommes appelés à intervenir en urgence, pour un conflit en train de se dérouler.

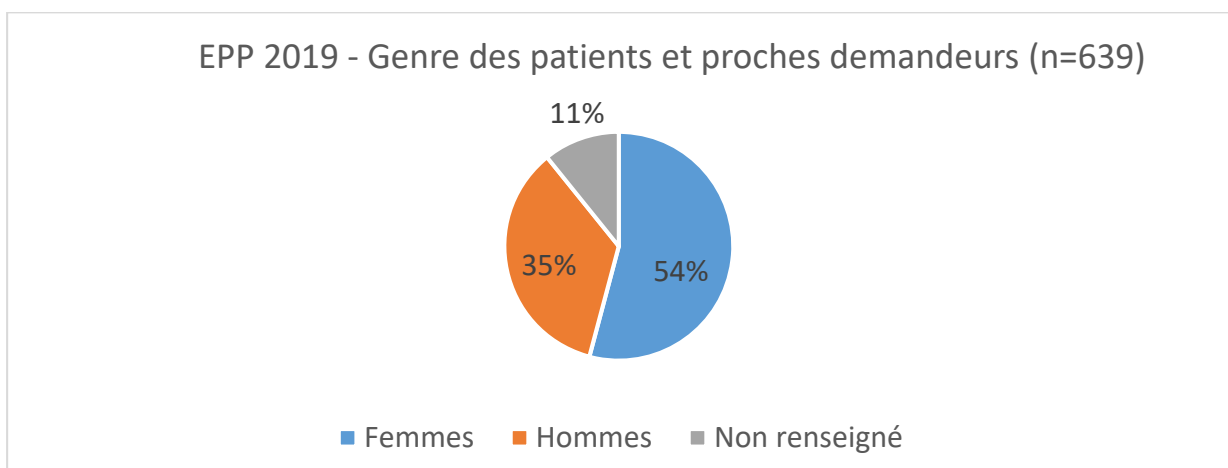
LES PERSONNES (PATIENTS, PROCHES ET PROFESSIONNELS)

Comme son nom ne l'indique pas, l'EPP s'adresse autant aux patients et à leurs proches qu'aux professionnels. Ainsi les médiatrices et le médiateur peuvent être sollicités tant par des usagers de l'hôpital insatisfaits que par les professionnels de la santé qui ont des difficultés relationnelles avec une patiente, un patient ou une famille. Depuis l'existence de cet espace de médiation au CHUV, la proportion des demandes émanant de patients et de proches reste stable, alors que les sollicitations des professionnels augmentent peu à peu.



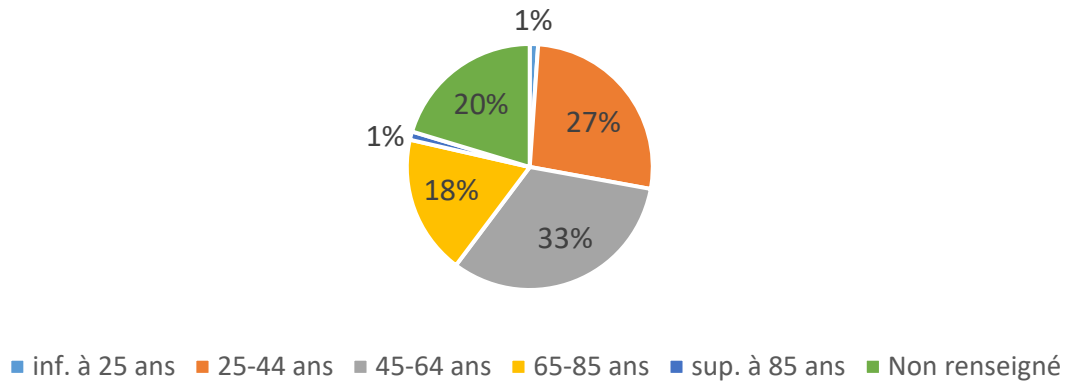
Les patients et les proches

Pour comprendre les tableaux suivants, il faut savoir que dans le traitement de nos données, nous distinguons les patients et proches qui déposent une demande auprès de l'EPP (les demandeurs) des patients concernés par la demande. Par exemple une épouse (demandeuse) peut s'adresser à l'EPP pour son mari (patient), tout comme le mari (patient) peut s'adresser directement à nous (il devient alors demandeur). Ainsi nous collectons distinctement le genre et l'âge des demandeurs et des patients.





EPP 2019 - Âge des patients et proches demandeurs (n=639)

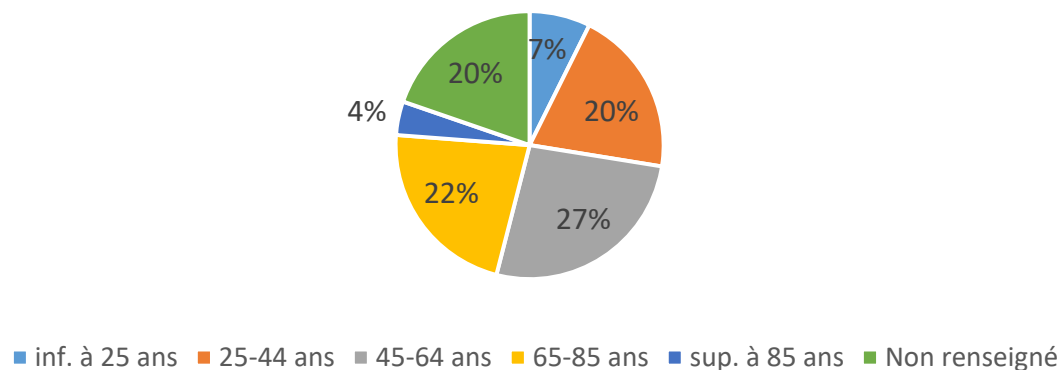


On constate que les femmes sont le plus souvent à l'origine d'une démarche à l'EPP.

Parmi les demandeurs, la catégorie d'âge la plus représentée tous genres confondus est celles des 45 à 64 ans. Ainsi, si l'on croise le genre et l'âge, on observe que les femmes de la catégorie 45 à 64 ans comptabilisent 20% de toutes les demandes. Par comparaison, pour la même catégorie, les hommes représentent seulement 13% des demandeurs.

Quant à la répartition des âges des patientes ou des patients concernés, elle reste très stable d'années en années. En comparant nos chiffres aux âges de tous les patients du CHUV, hospitalisés ou suivis en ambulatoire, on observe que les données sont assez proches, sauf pour les patients moins de 25 ans. Cette catégorie d'âge compose entre 25% et 30% de la patientèle du CHUV alors qu'ils ne représentent que 7% des patients qui nous concernent.

EPP 2019 - Âge des patients concernés (n=639)



Les professionnels

Les 10% (n=62) des sollicitations émanant des professionnels du CHUV sont soit des demandes d'intervention dans des relations tendues avec un patient, une patiente ou les proches de ceux-ci, soit des demandes de conseil en gestion de conflit. Nous sommes principalement sollicités directement par les services cliniques concernés, mais aussi parfois par l'Unité des affaires juridiques ou la Direction médicale.



En ce qui concerne les sollicitations par des professionnels du CHUV, 14 situations ne concernaient pas de patient ou de proche. Il s'agissait principalement de cas de souffrance au travail (réorientés vers la Médecine du Personnel, la Commission du personnel ou l'Espace Collaborateurs), de demandes de données pour la recherche ou pour des travaux d'étudiants et de requêtes de formations ciblées pour un service.

23 demandes de professionnels ont abouti à une intervention impliquant des contacts avec des patients ou des proches, souvent dans le cadre d'une médiation.

Pour 25 demandes de professionnels, nous n'avons pas eu de contact avec des patients ou des proches, mais avons conseillé et soutenu les professionnels de la santé dans des situations relationnelles difficiles avec des usagers.

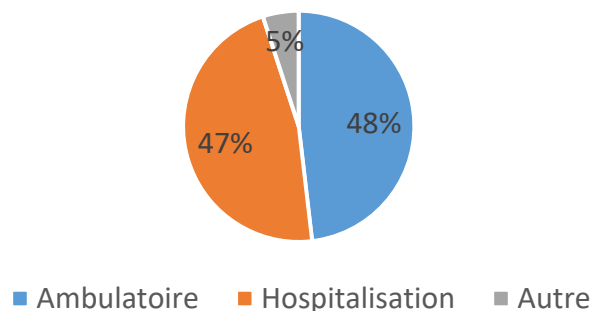
Parmi les 4% de demandes de « professionnels hors CHUV » on distingue plusieurs catégories : des demandes de documents médicaux ou d'intervention pour des patients insatisfaits, émanant de médecins généralistes ou d'infirmières et infirmier de CMS ; des demandes de stage en médiation (nous ne pouvons y répondre favorablement par manque de disponibilité) ; des demandes de conseils ou d'entretiens d'étudiants pour des travaux portant sur l'insatisfaction et le conflit à l'hôpital ; des demandes d'avocats, curatrices ou curateurs pour leurs clients ou protégés ; des demandes de professionnels d'institutions partenaires (EMS, institution pour personnes handicapées, etc.) cherchant à améliorer la collaboration et les relations avec le CHUV ; des demandes du *Bureau cantonal de médiation santé et social*, du *Bureau cantonal de médiation administrative* ou de l'*Organisation Suisse des Patients*, pour des collaborations autour de situations particulières ou pour nous adresser des patients.

LES DOLÉANCES

Pour la seconde année consécutive, une proportion plus importante de doléances porte sur l'activité ambulatoire. Lors de notre bilan annuel au Bureau qualité et sécurité des soins au CHUV (voir chapitre suivant), cette dimension a été relevée par la direction, qui se penchera sur les problématiques soulevées afin d'étudier des pistes d'amélioration, notamment pour la coordination des soins et la transmission des informations entre le CHUV et le réseau, lors de prises en charge ambulatoires.

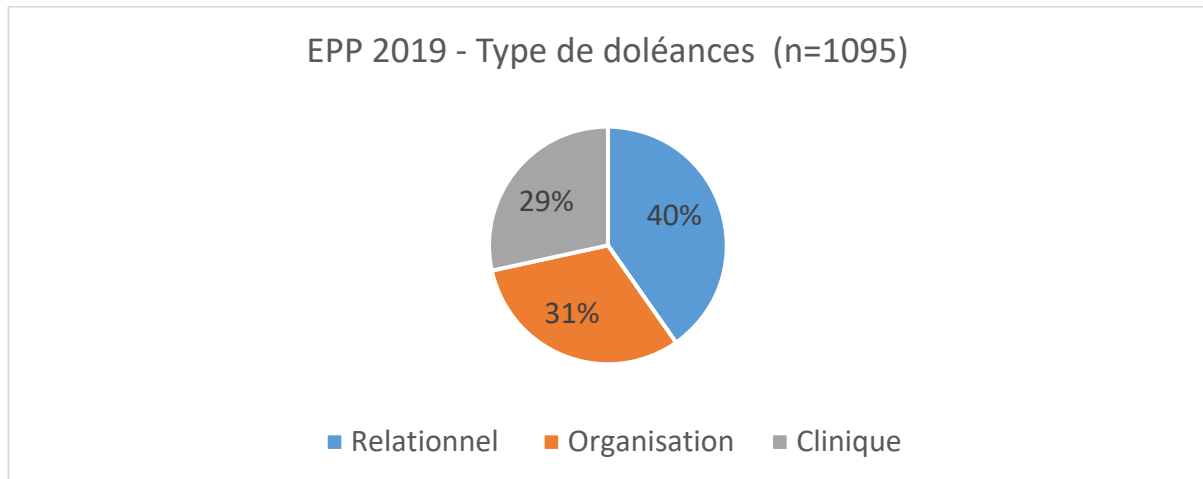
Ce travail a déjà été initié en 2018 pour les hospitalisations, dans le cadre du projet *Gestion proactive des séjours* (GPS+) et du projet des transmissions externes.

EPP 2019 - Type de prise en charge visée par la doléance
(n= 538)





Comme vous le verrez dans les tableaux suivants, la grille d'analyse des situations que nous utilisons²³ se base sur trois catégories principales de classement des doléances : le relationnel, l'organisationnel et la clinique. Cette année la proportion des plaintes entre ces trois domaines est au pourcent près comparable à l'année précédente.



La primauté des griefs portant sur des enjeux relationnels est constante et représente d'année en année entre 40% et 45% des doléances. S'ensuivent, pas toujours dans le même ordre mais avec des chiffres quasi équivalents, les domaines de l'organisation et de la clinique.

Ces trois dimensions sont étroitement liées et cette prédominance des doléances relationnelles est attendue pour un espace de médiation. En effet les personnes supportent et même acceptent souvent les difficultés cliniques et les désagréments liés à des problèmes d'organisation, tant qu'elles se sentent suffisamment en confiance à l'hôpital et bénéficient de bonnes relations avec les professionnels. Quand le conflit survient, les gens souffrent généralement d'abord de la rupture de confiance liée aux difficultés relationnelles et y accordent un poids particulier dans leurs doléances.

Lorsque nous analysons les témoignages des personnes qui nous sollicitent, nous transformons leurs récits, souvent complexes et contrastés, en « types de doléances » selon la grille préétablie ci-dessous. Cet exercice est évidemment réducteur mais la démarche nous permet de quantifier les doléances, d'en tirer des tendances annuelles et de communiquer sur la matière que nous traitons, afin que l'hôpital puisse en tirer profit. Nous y voyons un intérêt général dans le cadre de ce rapport, mais cet outil se révèle surtout utile lorsque nous travaillons avec des services particuliers sur les statistiques les concernant. Nous croisons nos chiffres, les témoignages anonymisés de patients et proches avec l'expérience des cliniciennes, cliniciens et du personnel administratif. Cet échange permet de se faire une idée plus précise des forces et faiblesses d'un service, qui peut alors envisager des projets d'amélioration ciblés.

Dans ce domaine, notre activité s'apparente à celle de l'ombudsman. Il s'agit d'une fonction proche de celle du médiateur, commune dans le Nord de l'Europe et au Canada, dont l'activité conjugue le traitement des enjeux relationnels d'un conflit avec une analyse de situation, à des fins de prévention et d'amélioration de la qualité des prestations. A l'Espace Patients & Proches, nous examinons, à la demande des services, l'ensemble de nos données concernant un secteur, afin d'essayer d'en tirer des enseignements.

²³ British Medical Journal : Reader TW, et al. BMJ Qual Saf 2014;23:678–689



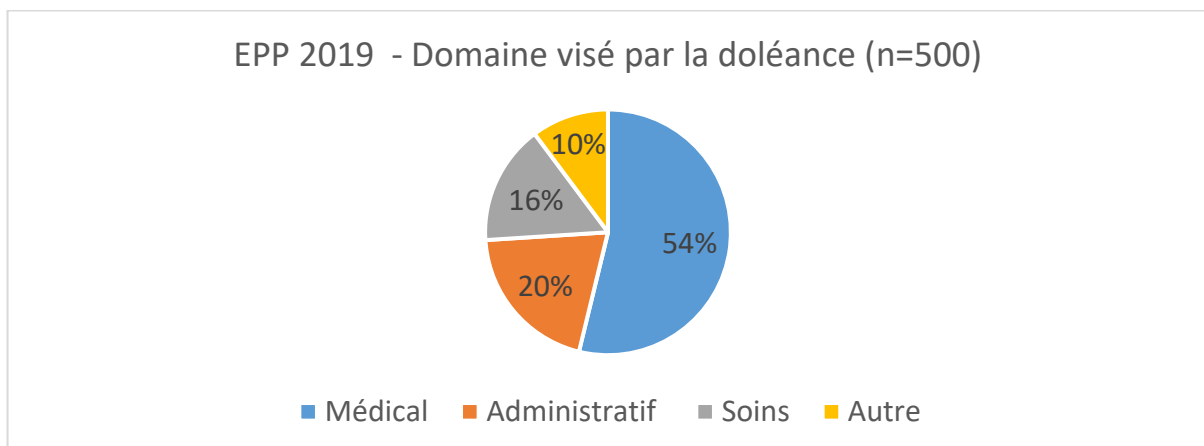
Dans le tableau ci-dessous, les chiffres qui sortent de la moyenne des années précédentes font l'objet d'analyses ciblées avec les services les plus concernés, afin d'essayer de comprendre ces variations. Il s'agit principalement des sous-catégories : « Information », « Egard, empathie, respect, dignité », « Accès à l'hôpital et aux professionnels de la santé », « Administratif », « Equipement, hôtellerie », « Qualité des soins », « Diagnostic » et « Complication, incident ».

Catégorie de doléances		Sous-catégorie	2016 n=967	2017 n=941	2018 n=1028	2019 n=1095
Relationnel	Communication	Relation patient/équipe, écoute	99	100	96	92
		Communication déficiente (pro – p&p)	86	99	80	75
		Information	80	69	90	112
	Egards /attention	Egards, empathie, respect, dignité	59	59	72	75
		Comportement de l'équipe	34	22	29	31
	Droits des patients	Discrimination	27	19	19	18
		Violence subie	15	15	12	10
		Secret médical	18	9	8	12
		Consentement	8	8	10	13
		Directives anticipées	0	1	0	2
		Contention	3	0	2	1
Organisation	Accès et attente	Attente et disponibilité	63	81	85	65
		Accès à l'hôpital et aux pro. de la santé	36	40	19	46
		Sortie	16	20	26	26
		Transfert et orientation	13	9	22	19
	Gestion et infrastructures	Administratif	70	67	95	98
		Equipements, hôtellerie	35	30	31	63
		Facturation et coûts	25	11	19	12
		Prestations de soutien	13	9	8	8
		Dotation et ressources	11	9	9	7
	Clinique	Qualité de la prise en charge	Qualité des soins	48	72	60
Coordination de la PEC			51	43	46	41
Efficacité du traitement			24	20	23	20
Examen clinique ou para clinique			10	10	6	9
Sécurité		Compétences et conduite	45	60	45	36
		Diagnostic	32	28	43	43
		Complication, Incident	30	24	44	58
		Médicament	16	7	29	15



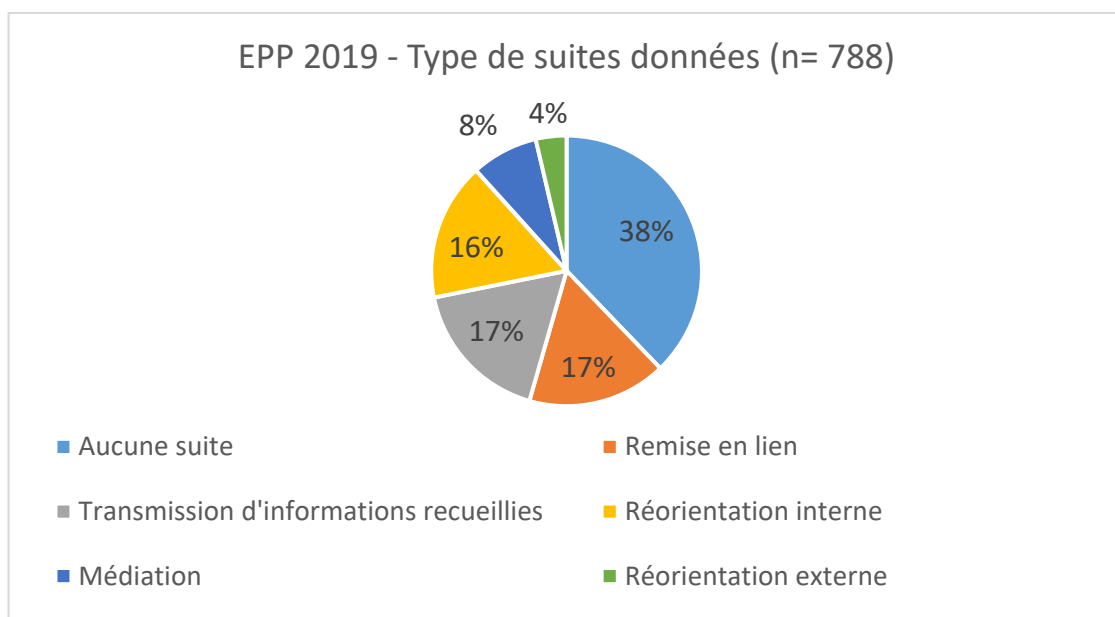
Le domaine principalement visé par la doléance reste, comme les années précédentes, le médical. Précisons que la responsabilité de la prise en charge des patients revient en principe aux médecins et que même pour des enjeux administratifs (lettres de sorties, rapports), le corps médical est souvent directement concerné par les insatisfactions. Pour cette raison, lorsque la relation se tend, les médecins sont généralement les premières et les premiers interpellés.

Dans le tableau suivant, la catégorie « Autre » regroupe les domaines minoritaires hors clinique et administratif, tels que l'hôtellerie et les infrastructures. Les situations sans doléances, par exemple les demandes de conseil ou les sollicitations pour des questions d'ordre général, n'ont pas été comptabilisées.



Si l'on analyse plus précisément les données à disposition, on constate logiquement que les doléances visant les médecins portent d'abord sur le relationnel (39%) et la clinique (36%), celles concernant les soins relèvent pour près de la moitié (46%) d'enjeux relationnels, alors que les plaintes dirigées contre le domaine administratif se rapportent essentiellement (65%) à des problèmes organisationnels.

LES SOLUTIONS





Répondant à notre principe d'intervention minimale (responsabilisation des parties et subsidiarité du dispositif), lorsque nous recevons une nouvelle demande, nous essayons d'aider les personnes à trouver elles-mêmes une solution à leurs difficultés. Ainsi, dans la plupart des cas, nous classons les situations sans « **Aucune suite** ». Cela signifie qu'il n'y a pas eu de contact entre la médiatrice ou le médiateur et le(s) service(s) concerné(s) et que notre action s'est limitée à entendre la doléance et écouter l'éventuelle souffrance de la personne, puis l'aider à identifier ses principaux besoins et réfléchir ensemble aux meilleurs moyens d'y répondre. Dans ces situations la personne entreprend elle-même des démarches.

La catégorie « Aucune suite » regroupe également les témoignages des nombreux patients et proches qui viennent raconter un événement insatisfaisant qu'ils ont vécu « pour que cela serve à d'autres », sans besoin spécifique pour eux-mêmes. Lorsque nous prodiguons des conseils en gestion de conflits, principalement aux professionnels, nous classons également ces situations dans cette catégorie.

Courriel de patiente :

« Je vous remercie de m'avoir accueillie dans votre bureau et de m'avoir donné l'opportunité de m'exprimer en toute liberté. Je vous en suis très reconnaissante. »

La catégorie « **Remise en lien** » regroupe les situations pour lesquelles nous intervenons à minima en cherchant le bon interlocuteur institutionnel, pour une demande spécifique, ou en préparation à une discussion délicate, mais sans y participer. Voici un exemple de ce qu'une médiatrice ou un médiateur pourrait dire à une proche : « J'ai pu parler au téléphone à l'infirmier concerné dans l'unité où votre mari est hospitalisé, il vous attend tout de suite à l'étage pour entendre ce qui s'est passé. Je vous encourage à lui parler de vos peurs, comme vous l'avez fait avec moi. »

Courriel d'infirmier :

« J'ai personnellement été touché par le témoignage de Madame et j'ai apprécié la sérénité et la juste émotion avec laquelle elle a pu amener les éléments. Je pense que les entretiens préalables que vous avez eus l'ont aidée à se préparer et au final je pense que cela a permis que cette discussion lui soit profitable. »

Les « **Transmissions d'informations recueillies** » se font lorsqu'il n'y a pas d'enjeu relationnel mais uniquement un problème de renseignement concernant par exemple un délai de rendez-vous, l'obtention d'un document ou des nouvelles d'une ou d'un patient.

Les « **Réorientations internes** » sont effectuées, par exemple vers les services cliniques, lorsqu'après avoir exposé leur situation les personnes décident d'adresser un courrier de doléance directement à la direction du service concerné ; vers l'Unité des affaires juridiques lorsque les demandeurs évoquent une plainte formelle et attendent une réponse écrite du CHUV ; vers la Direction médicale quand la requête porte sur le dossier médical ; vers le Service social lorsque les personnes cherchent un soutien financier, administratif ou juridique en lien avec une hospitalisation ou un suivi ambulatoire ; vers l'Unité d'urgence et centre de crise du Service de psychiatrie de liaison ; etc.

Courriel d'une patiente à un infirmier responsable :

« Je voudrais en profiter aussi pour vous remercier de m'avoir prise au sérieux quant à mes réclamations, cela n'a pas été facile de faire ce pas, on craint toujours d'être prise pour hystérique, polémique ou pire. On a aussi peur des représailles, on se dit qu'on n'a pas d'autre alternative que celle d'y retourner au CHUV et les médecins, infirmiers et personnel de soin pourraient vous prendre en antipathie. Ces craintes n'étaient pas justifiées dans mon cas et je suis contente de vous avoir écrit pour vous exprimer mon mécontentement. Je suis d'autant plus contente parce que de l'autre côté j'ai trouvé des personnes consciencieuses et attentives qui ont immédiatement fait ce qu'il fallait. Merci donc pour ça et merci à toute votre équipe clinique d'avoir rendu mon dernier long séjour au CHUV moins pénible. »



Les « **Réorientation externes** » se font vers des services sociaux externes pour des besoins d'aide ne concernant pas le CHUV ; vers des associations ou organismes divers (handicap, droit des assurés, maladies spécifiques, deuil, violence, proches-aidants, conseils juridiques, etc.) ; vers les médecins généralistes, psychiatres ou psychologue installés ; vers le Bureau de médiation santé et social du canton de Vaud ; etc.

Les « **Médiations** » sont organisées sur base volontaire, lorsque les personnes impliquées dans un conflit souhaitent en discuter lors d'une séance d'une heure minimum, animée par une médiatrice ou un médiateur, garant du cadre de la rencontre (notamment de la disposition des lieux, de l'animation de la séance, de la gestion du temps, et de la sécurité).

Courriel de médecin :

« L'entretien était très instructif. Même, si j'étais déjà persuadé que notre communication avec les patients est perfectible. Cela m'a permis de me le rappeler. Pour avoir déjà effectué ce genre d'entretien (en l'absence d'une médiation), je suis vraiment ravi d'avoir été accompagné dans celui-ci. Il n'aurait d'ailleurs pas eu lieu sans vous. Et cela aurait été bien plus traumatisant de se retrouver directement face à une plainte judiciaire, même si celle-ci n'aurait pas concerné mon service directement. De plus, votre médiation permet vraiment de recadrer la discussion afin d'éviter un possible affrontement. Notre devoir envers les patients est de leur apporter des explications car souvent l'agressivité de certains traduit en fait une incompréhension et une anxiété face à la situation vécue. C'est vraiment très appréciable pour nous de ne pas être seul face à ces situations. Je pense aussi qu'il ne faut jamais refuser le dialogue même lorsque cela est difficile (vous nous apportez donc un plus). Je vous remercie de votre travail et de votre intervention. »



MISE À DISPOSITION DES INFORMATIONS RECUEILLIES

En parallèle des activités de médiation, l'équipe de l'Espace Patients&Proches collecte, documente et analyse les témoignages reçus afin de restituer des informations à l'institution. L'objectif est de fournir un matériau de réflexion aux services cliniques ou unités qui en font la demande. Ces données permettent d'initier ou de nourrir des projets concrets d'amélioration sur la base de l'expérience des patients, de leurs proches et des professionnels de la santé. Les médiateurs collaborent par ailleurs avec des acteurs institutionnels autour de projets transversaux, dispensent plusieurs modules d'enseignement, ou alimentent les réflexions autour de différents axes de recherche. L'objectif est double : tirer un enseignement des récits recueillis, et prévenir le conflit à l'hôpital.

RESTITUTIONS DE DONNÉES

En 2019, les médiateurs ont présenté leurs activités, restitué leurs résultats et transmis des données anonymisées issues des témoignages qu'ils ont recueillis aux instances suivantes :

- Mme la Conseillère d'Etat Rebecca Ruiz, responsable du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS).
- M. le Pr Pierre-François Leyvraz, Directeur général du CHUV jusqu'au 31.12.2019.
- M. le Pr Philippe Eckert, Directeur général du CHUV depuis le 1.01.2020.
- Le Bureau qualité et sécurité des soins du CHUV, composé de la Direction des soins, de la Direction médicale, et conduit par le Directeur général adjoint, M. Oliver Peters.

Sur la base des témoignages rapportés au Bureau par l'Espace Patients&Proches et des résultats des enquêtes de satisfaction des patients notamment, le Comité qualité et sécurité des soins a décidé de faire de la *coordination* et de la *communication* avec les patients et leurs proches une thématique prioritaire. Ce comité, composé de responsables de départements et de services, de membres de la Direction générale et des Directions médicale et des soins, va travailler à élaborer un plan d'action autour de ces thématiques. Ce dernier se déploiera en 2020-2021.

- La Direction médicale du CHUV.

Les témoignages recueillis à l'Espace Patients&Proches ont permis, entre autres indicateurs, d'engager une réflexion autour des délais engendrés par le traitement des quelques 4'200 demandes de documents médicaux que les assurances, notamment l'AI, envoient chaque mois au CHUV. L'unité de la Direction médicale qui traite ces demandes - et transmet aussi celles qui échoient aux services cliniques - a été renforcée. Le processus pour garantir les réponses des services dans des délais plus courts a été optimisé. Quant à l'unité de la Direction médicale qui gère la remise des dossiers médicaux aux patients, elle a révisé son processus de traitement des demandes, permettant d'accroître sa réactivité et de réduire considérablement les délais.

- Les directions médicale, infirmière et administrative de quatre services cliniques du CHUV.

Suite à l'une de ces restitutions de données, un médiateur a par exemple collaboré avec la direction médico-infirmière et administrative du **Service de neurochirurgie**. Il a ainsi participé à plusieurs ateliers réunissant des cadres du service, afin d'analyser les doléances recueillies à



l'Espace Patients&Proches avec ces derniers et de les traduire en projets concrets d'amélioration favorables à tous les protagonistes : patients, proches et professionnels.

La direction médico-infirmière du **Service des urgences** s'est, de son côté, notamment inspirée de témoignages de patients et de proches pour développer une *check-list* destinée aux médecins et infirmiers à la sortie des patients afin de s'assurer que ces derniers disposent des informations et documents nécessaires relatifs à leur problème de santé et au suivi qui doit en découler, et qu'ils peuvent regagner leur domicile ou leur institution de façon sûre et confortable.

- Des représentants de la Direction médicale et la Direction des constructions, de la technique, de l'ingénierie et de la sécurité, autour de la thématique des personnes en situation de handicap.
- La Direction de l'Ecole de médecine de la Faculté de biologie et de médecine (FBM) à l'Université de Lausanne (UNIL).

Les médiateurs ont restitué des observations générales faites depuis 2017, basées sur leurs échanges avec les étudiants dans le cadre de leur intervention durant les cours blocs de Médecine interne.

COLLABORATIONS ET PROJETS

CHUV : COLLABORATIONS RÉGULIÈRES ET PROJETS INSTITUTIONNELS

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

La **Direction médicale** et les médiateurs de l'Espace Patients&Proches ont également collaboré de façon plus étroite cette année, afin de soutenir tant les équipes que les patients ou leurs proches dans certaines situations extrêmement conflictuelles. Dans ces circonstances particulières où l'alliance est mise à mal par des malentendus, de la défiance et même parfois des menaces, les enjeux cliniques sont souvent extrêmement complexes, le contexte psycho-social des patients ou de leur famille fragile, et la communication pratiquement rompue, engendrant des souffrances chez les soignants tout comme chez les patients ou leurs proches. Le travail consiste alors à favoriser l'émergence de conditions favorables pour que chacun puisse s'expliquer et, si possible, trouver une façon de coopérer.

Au chapitre de la gestion des doléances, il arrive également que l'équipe de médiation échange avec certains collègues du **Service de communication** qui gèrent le flux des informations distillées sur les **réseaux sociaux**. Ces plateformes constituent en effet un nouveau lieu d'expression des doléances pour les usagers de l'hôpital. Quand ces situations se produisent, 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 que des professionnels se sentant diffamés sur les réseaux sociaux s'adressent à l'Espace Patients&Proches pour un soutien ou une demande de médiation.

Au sein du Service de communication du CHUV, l'équipe partage aussi fréquemment des données et réflexions avec la responsable de l'**Information patients**.



Un autre projet important partagé notamment avec le Service de communication est le **projet Merci !** Il s'agit de recueillir des marques de reconnaissance que les employés du CHUV reçoivent de la part des patients, de leurs proches ou même de collègues. L'objectif est de valoriser et d'analyser les expériences positives de la même façon que les doléances. Pour cette raison, l'une des médiatrices est intégrée à ce groupe de travail dirigé par une représentante du Service de communication. L'outil de monitoring des doléances, développé à l'Espace Patients&Proches, sera utilisé pour documenter et analyser ces signes de gratitude, qui permettront de mieux comprendre la variété des attentes et des besoins des usagers du CHUV.

Dans le domaine de la médiation à l'hôpital, les collaborateurs de l'Espace Patients&Proches rencontrent plusieurs fois par année leurs homologues de l'**Espace Collaborateurs**, qui traitent des conflits internes, entre les salariés de l'institution.

L'Espace Patients&Proches a été impliqué, tout comme l'Espace Collaborateurs et certains représentants de la Direction des ressources humaines, dans une réflexion institutionnelle menée par le **Centre des formations (Cfor)** du CHUV. Il s'agissait de réfléchir ensemble autour de l'offre recensée en cours ou formations portant sur la gestion des conflits et la prévention de la violence. L'une des médiatrices a participé au groupe de travail. Ces rencontres régulières ont permis de recenser l'offre existante, d'identifier les besoins du terrain et de les mettre en perspective à l'aune des témoignages recueillis par les médiateurs du CHUV, tant à l'Espace Collaborateurs qu'à l'Espace Patients&Proches. Le Centre des formations poursuit actuellement sa réflexion.

L'une des médiatrices a organisé la dernière rencontre du **projet Plateforme²⁴**, dont la nouvelle formule avait été inaugurée en 2014. Une douzaine de rendez-vous ont offert l'occasion à tous les professionnels du CHUV, quelle que soit leur fonction, de penser l'évolution des métiers de l'hôpital. Si les premières éditions interrogeaient des problématiques cliniques, la réflexion a évolué avec le temps vers des questions institutionnelles comme l'épuisement professionnel. La dernière rencontre a été l'occasion d'évoquer l'importance et la signification des espaces de réflexion à l'hôpital, dans lesquels il est possible de réfléchir aux métiers liés aux soins à leurs enjeux.

En 2019, nous comptons encore des rencontres institutionnelles occasionnelles, par exemple pour échanger autour de thématiques touchant les patients, ou leur famille, comme avec la Cheffe de projet responsable pour la **Direction médicale** de la prise en charge des patients complexes ou la responsable du **Centre universitaire romand de médecine légale (CURML)**. Les médiateurs ont pu, à cette occasion, échanger des informations au sujet des autopsies médico-légales et de l'information délivrée dans ce cadre aux familles. Une médiatrice a également participé à une réflexion avec la **Direction des soins** et le **Centre des formations (Cfor)** autour de la thématique des proches aidants. L'équipe de médiation a aussi eu l'occasion d'échanger avec la **Division interdisciplinaire de santé des adolescents (DISA)** à propos de la communication avec les familles.

COLLABORATIONS INTERINSTITUTIONNELLES

L'Espace Patients&Proches coopère avec l'Espace Ecoute et Médiation de l'**Hôpital Riviera Chablais**. Les médiateurs ont partagé leurs expériences et l'outil de monitoring développé au CHUV est maintenant utilisé pour le nouvel espace de médiation de Rennaz.

²⁴ 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.



ENSEIGNEMENT ET PRÉSENTATIONS

CHUV

Les médiateurs 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 présentations ou construit des interventions sur mesure :

- Interventions lors du colloque infirmier du Service des urgences sur le thème « Le conflit à l'hôpital ». Deux rencontres ont été l'occasion d'informer à propos des activités de l'Espace Patients&Proches, et surtout de faire la part belle aux échanges autour des doléances des patients et des proches, des difficultés des équipes, de ce qu'observent ou vivent ces dernières au quotidien en matière de violence ou de conflit.

ENSEIGNEMENT ET 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 médiateurs interviennent avec Dre Béatrice Schaad, professeure titulaire à l'Institut des humanités en médecine, UNIL et cheffe du Service de la communication du CHUV, et Dre Céline Bourquin, responsable de recherche en Psychiatrie de liaison au CHUV. Les étudiants de toute la volée, répartis en 7 groupes, reçoivent une partie d'enseignement en auditoire, puis se rencontrent en petits groupes pour aborder des situations concrètes vécues durant leurs stages et, ce faisant, intégrer le contenu théorique en échangeant entre pairs et avec un médiateur ou une médiatrice.
- HESAV (2ème année Bachelor) : « Approche du conflit dans le domaine interprofessionnel ». Une médiatrice participe depuis 4 ans à la semaine interprofessionnelle traitant du conflit, destinée aux étudiants de toutes les filières.
- 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". »

A la demande de professionnels travaillant au CHUV, certains collaborateurs de l'Espace Patients&Proches ont participé à des modules de formation continue ou colloques interdisciplinaires :

- Participation à une conférence pour l'Association romande de médecine d'urgence, dans le cadre de la formation continue en médecine d'urgence sur le thème de la gestion de conflits.



- Intervention dans le cadre du Colloque Swiss Network of Ethics of Care (SNEC) 2019, à l'UNIL/CHUV - Quelle place pour les proches dans le soin. Perspectives interdisciplinaires.
- Intervention dans le cadre du Module de formation continue HES-SO consacré à la Maltraitance envers les personnes âgées (MPA) à l'Institut et Haute école de la santé La Source.

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 Fribourg (UniFr) : CAS de médiation, 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. En 2019, des médiateurs ont aussi participé à une séance avec Mme Simonin-Cousin, médiatrice et intervenante en Thérapie Sociale (TST).

Une médiatrice et un médiateur et leur responsable ont bénéficié d'une journée de formation continue organisée par la responsable du CAS et du DAS Médiation de l'Université de Fribourg, et animée par Natalie Uhlmann, expérimentée dans la prise en charge des victimes Lavi et spécialisée dans les questions de violence : Exploration autour de la manipulation - Comment la repère-t-on? Comment agir dans ces situations?

Une médiatrice a suivi la 26e journée de droit de la santé, organisée sous l'égide de la Faculté de Droit de l'Université de Neuchâtel.

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).

PRESSE ET MÉDIAS

VERDAN, N. (2019). Médiation: les hôpitaux aux petits soins pour les réclamations. *Générations*, 1.02.2019. Repéré à : <https://www.generations-plus.ch/?q=magazine/sant%C3%A9forme/se-soigner/m%C3%A9diation-les-h%C3%B4pitaux-aux-petits-soins-pour-les-r%C3%A9clamations>



CONCLUSION

A qui profite l'Espace Patients et Proches ?

Les personnes en conflit sont généralement figées dans une logique d'accusation et de défense et attendent des intervenants qu'ils leurs donnent raison : « Vous êtes d'accord avec moi, ce comportement est inadmissible ! » Il est alors fréquent que les deux parties craignent que le médiateur ne soit pas si neutre que cela et que secrètement il protège l'autre : les professionnels peuvent le suspecter d'être l'avocat des patients et de leurs familles ; les usagers peuvent le soupçonner d'être le défenseur de l'institution.

Les médiateurs suivent une autre logique : les faits leur importent peu, ils se concentrent sur la relation et l'analyse des facteurs qui ont mis à mal la confiance. Ainsi, sur un plan plus émotionnel que rationnel, les médiateurs tentent de comprendre ce que les personnes vivent dans les interactions difficiles, ce qui a pu les blesser et ce qui heurte leurs valeurs fondamentales. On entend souvent parler de sentiment d'injustice, d'abandon ou d'humiliation. Le discours ne porte alors plus sur l'autre, mais sur soi.

Ce travail de compréhension de la réalité de la personne et d'*alliance* est effectué avec toutes les parties au conflit, patients, proches et professionnels.

Pour reprendre l'image du *culbuto* évoqué dans la première partie du rapport, dans un mouvement d'oscillation qui les rapproche des parties opposées, les médiateurs tâchent de construire une relation de confiance avec toutes les personnes en conflit. Alors que les gens sont les uns *contre* les autres, les médiateurs travaillent à être *avec* tout le monde, pour constituer un axe stable autour duquel la relation peut s'assainir. La médiation cherche à relier.

En 2019, 9% des situations ont donné lieu à des médiations. Pour quelques-unes de ces situations, deux rencontres de médiation ont été organisées, comme dans la vignette examinée dans ce rapport. Dans de nombreux cas, nous n'avons toutefois de contact qu'avec une seule partie au conflit, patient, proche ou professionnel. De fait, nous ne sommes apparemment au service que d'une des parties.

Dans près de la moitié des demandes de patients et proches (43%), les médiateurs n'ont pas de contact avec les professionnels. Ils accompagnent les patients et les proches en difficulté, les aident à identifier leurs principaux besoins et les encouragent à les exprimer au bon endroit et de manière constructive. On entend souvent parler d'*empowerment*, nous utilisons plutôt la notion de *responsabilisation* : « Dans quelles conditions vous sentiriez-vous suffisamment à l'aise pour dire au médecin que vous avez perdu confiance ? »

Lorsque les professionnels nous sollicitent pour des relations difficiles avec des patients ou leurs proches (n=48), dans 52% des situations nous n'avons pas eu de contact avec les usagers. Nous ne sommes pas intervenus directement et avons fait avec les professionnels le même travail d'écoute, de soutien, d'orientation et d'aide à la responsabilisation qu'avec les patients et proches : « Essayons de voir pourquoi il est difficile pour vous de dire à ce patient que vous souffrez de la détérioration de votre relation. »



Le chapitre sur les activités annexes liste les situations dans lesquelles les médiatrices et le médiateur sont au service de l'institution pour des enseignements, des projets et des recherches.

Nous le voyons dans ces exemples, souvent le *culbuto* ne penche que d'un côté... puis de l'autre. Patients, proches, professionnels, institution, voire institutions partenaires, constituent les pôles qui aimantent les médiateurs. Pour garder le Nord - à savoir toujours agir de manière neutre et indépendante - nous maintenons le cap sur l'objectif central de notre action : favoriser un dialogue franc afin de maintenir ou reconstruire une relation de qualité. Et le lest qui permet au *culbuto* de garder son équilibre est fréquemment alimenté par des formations, des séances d'intervision ou de supervision.

C'est à ces conditions que le travail effectué à l'Espace Patients&Proches peut profiter à toutes et tous.

Récemment une médecin nous écrivait : « C'est intéressant de savoir que votre service existe aussi pour les soignants ! » Il est vrai que le nom de notre Espace peut prêter à confusion et nous avons décidé de le modifier en 2020, afin qu'il soit plus explicite sur notre mission centrale de médiation, au service de toutes les parties en conflit.