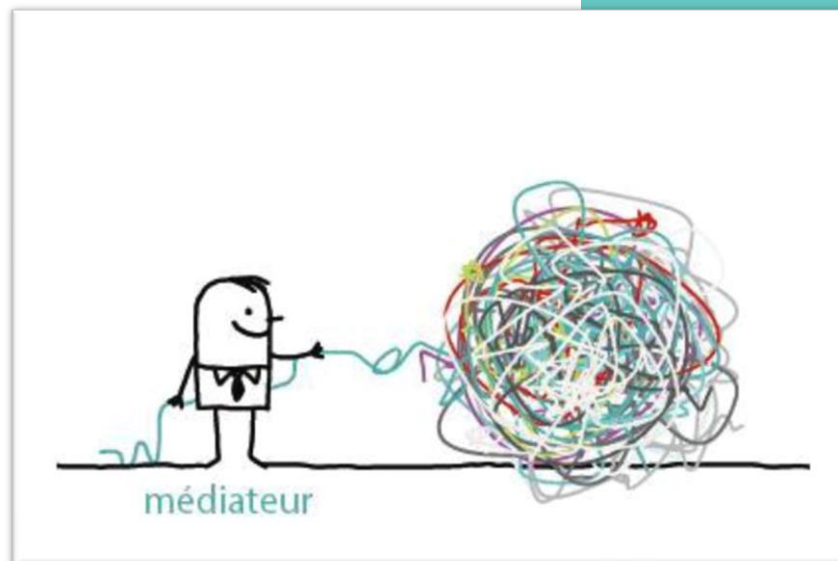


2022

RAPPORT D'ACTIVITE DE L'ESPACE MEDIATION



« Ecoute et dialogue au service des
patient-es et de leurs proches »

Table des matières

INTRODUCTION	3
MISSION ET FONCTIONNEMENT	4
L'ESPACE MÉDIATION EN 2022	5
Qui nous contacte et par quel biais	5
Types de sollicitations	7
Interventions effectuées	8
Problématiques relevées.....	12
Evolution du nombre de situations.....	16
LA RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ	17
AUTRES ACTIVITÉS	21
CONCLUSION ET PERSPECTIVES.....	22
ANNEXES	23

Introduction

L'année 2022 s'est inscrite dans un retour à la normale, à la suite de deux années d'activités sur fond de pandémie.

L'espace médiation (ci-après EM) a été sollicité 837 fois par les patient-es, les proches ou les professionnel-les.

Les médiatrices constatent que la mission principale de l'EM, qui est de renouer le dialogue et de restaurer la confiance entre les patient-es, les proches et les professionnels, reste d'actualité avec une tendance toujours plus grande de demandes initiées par les professionnels eux-mêmes. Ceci démontre une meilleure connaissance de la structure et aussi la volonté de rechercher des solutions constructives pour résoudre des situations parfois complexes.

Les médiatrices tiennent à remercier chaleureusement les patient-es et les proches venus à l'espace médiation partager leur expérience ainsi que le personnel des Hôpitaux universitaires de Genève, pour leur disponibilité et leur précieuse collaboration dans les situations que nous leur soumettons.

Nos remerciements vont également à notre hiérarchie pour la confiance qu'elle nous témoigne ainsi qu'à notre assistante, Mme Claire Vaussenat pour sa précieuse collaboration.

Les médiatrices hospitalières :

Véronique Kolly
Corinne Héritier-Castella
Monique Delhez

Mission et fonctionnement

Depuis son ouverture en 2007, les missions de l'EM sont les suivantes :

- Offrir aux patient-es et à leurs proches la possibilité d'exprimer les difficultés ou problèmes rencontrés lors de leur passage à l'hôpital
- Faciliter la communication entre les patient-es et l'institution
- Renouer le dialogue et restaurer la confiance
- Impliquer les patient-es dans l'amélioration de la qualité des soins / Partenariat patient-e

Grâce au travail quotidien de médiation entre le patient/proche et le professionnel, et celui de restitution dans les services, l'EM sensibilise également le personnel et les instances de direction à la perception et au vécu des patient-es ou des proches.

Aujourd'hui, trois médiatrices¹ et une assistante administrative² interviennent au sein de l'EM.

En 2022, les horaires de permanence sont encore provisoirement suspendus au profit d'un accueil en continu. Les médiatrices reçoivent les personnes avec ou sans rendez-vous, quel que soit le site hospitalier. Elles se rendent également au chevet du patient ou de la patiente lorsque cela s'avère nécessaire.

A noter qu'un certain nombre de cas sont traités directement par téléphone et ne nécessitent pas d'entretien en présentiel. La ligne téléphonique de l'EM est, quant à elle, « ouverte » tous les jours et un répondeur prend les messages en cas d'indisponibilité des médiatrices ou en dehors des heures de bureau.

¹ 2,1 ETP

² 0,65 ETP

L'espace médiation en 2022

L'espace médiation est un lieu où l'on peut venir déposer une difficulté, un vécu douloureux ou conflictuel. Lorsque les patient-es ou leurs proches s'adressent à l'EM, ils sont souvent fâchés, en colère ou indignés.

L'activité première de cet « espace » est d'accueillir la parole des patient-es, des proches et/ou des familles permettant ainsi de légitimer le vécu, la souffrance ressentie, d'évacuer un trop plein d'émotions et de prendre du recul.

Dans un deuxième temps, les médiatrices vont faire émerger les besoins et les attentes. Cette phase est essentielle et permet aux médiatrices d'intervenir de manière plus ciblée.

Cette première partie du rapport analyse les sollicitations qui nous sont parvenues en 2022. Les interventions et aboutissements sont décrits dans un deuxième temps.

Qui nous contacte et par quel biais

En 2022 l'espace médiation a reçu 837 sollicitations.

Les demandes proviennent soit des patient-es eux-mêmes, soit d'un membre de la famille ou des proches mais également de tiers.

	(N=837)
Demandeur	%
Patient-e	52
Famille et proches	38
Autres	10

Dans un peu plus de la moitié des cas, c'est la patientèle qui nous contacte. Dans 10% des situations le demandeur est un tiers, dont un peu moins de la moitié sont des professionnel-les des HUG (équipe soignante, médecin, assistant-e sociale, administration...). Au fil des années, il y a une meilleure connaissance, compréhension et confiance dans les activités de notre service, avec pour résultat l'appel des professionnel-les soit pour nous adresser un patient ou une patiente, soit pour demander conseil concernant des situations difficiles avec des personnes traitées ou soignées aux HUG.

Le contact initial est dans la majorité des cas une demande directe faite à l'EM (78 %). Les autres demandes sont des situations déléguées par la direction générale (ci-après DG) ou découlant d'une requête faite via le site internet des HUG.

(N=837)	
Contact initial	%
Contact direct à l'EM (sur place, téléphone, courrier, e-mail)	78
Traitement délégué de la direction générale	19
Site internet HUG (Chatbot, formulaire de contact, etc.)	2
Autres (carte de suggestion, questionnaire satisfaction, etc.)	1

En 2022, le contact initial est toujours majoritairement fait directement à l'EM. Les demandes reçues depuis le formulaire de contact (site internet des HUG) ont fortement diminué passant de 18 % en 2021 à 2 % en 2022. Cette diminution fait suite à l'introduction d'un agent conversationnel (Chatbot) permettant une meilleure orientation des demandes.

Le stade du séjour au moment de la prise de contact à l'EM révèle qu'un peu plus de la moitié des situations (54 %) sont traitées pendant le séjour (hospitalisation ou ambulatoire). Cela démontre un réel besoin d'aide au moment de l'hospitalisation ou d'une consultation et confirme l'importance d'avoir un service au sein de l'institution pouvant rapidement intervenir.

(N=837)	
Stade du séjour au moment du contact à l'EM	%
Ambulatoire	31
Après une hospitalisation	31
Pendant une hospitalisation	23
Avant une hospitalisation	3
Autres (Pas connu, hors HUG...)	12

Le nombre total d'entretiens avec les demandeurs et les demandeuses s'élève à 984 pour l'année 2022; ce chiffre ne comprend pas les entretiens avec le personnel. Comme le montre le tableau ci-dessous, les situations sont réglées dans leur grande majorité après un, voire deux entretiens.

(N=837)	
Nombre d'entretien par situation (avec le demandeur-euse)	%
Situation ayant nécessité 1 entretien	56
Situation ayant nécessité 2 entretiens	17
Situation ayant nécessité 3 entretiens et plus	7
Situation sans entretien (régées par écrit ou sans suite)	20

A noter que le premier entretien est généralement assez long (45 minutes à 1h30). En effet, il y a souvent au départ une grande part émotionnelle. Les médiatrices laissent du temps pour que celle-ci puisse être exprimée librement et sans contrainte de temps, facilitant ensuite les étapes suivantes.

Types de sollicitations

Pour définir aussi précisément que possible le type de sollicitations reçues à l'EM, une classification a été établie :

Souhait de plainte : cette catégorie comprend toutes les situations dans lesquelles le ou la demandeuse est très insatisfaite et parle spontanément d'un dépôt de plainte à un niveau juridique, menace d'alerter la presse ou exige de parler au Directeur général, etc. Il s'agit souvent de situations où la colère est très présente.

Réclamation : cette catégorie comprend toutes les situations dans lesquelles les demandeurs et les demandeuses nous font part de difficultés, d'incompréhensions ou de doléances se traduisant par une insatisfaction. Celle-ci est qualifiée « d'expressive » lorsque le ou la demandeuse a simplement besoin de l'exprimer, ne souhaitant qu'une écoute et que cela serve éventuellement à d'autres et « avec demande » si elle est accompagnée d'une requête (p. ex : intervention auprès du service concerné).

Par ailleurs, certaines sollicitations rapportées à l'EM ne comprennent pas d'insatisfactions et témoignent par là-même, de la diversité des demandes :

Eloges : cette catégorie comprend les situations où les patient-es ou proches viennent pour nous faire part de leurs félicitations, de leurs remerciements ou de leur reconnaissance. Ils expriment le fait qu'il est aussi important de dire ce qui va bien et pas seulement ce qui va mal.

Besoin de soutien moral : parfois les patient-es ou les proches viennent nous parler de leurs difficultés et de leur souffrance face à la maladie. Ces moments de partage permettent aux personnes d'exprimer toutes sortes de sentiments. Il n'est pas rare qu'il y ait des pleurs. Il ne s'agit bien entendu pas d'une prise en charge thérapeutique et cela se limite, bien souvent, à une seule rencontre. Si nécessaire, la patientèle ou leurs proches sont orientés vers une personne plus adaptée (psychologue, médecin traitant, association...).

Questions / Conseils : cette catégorie comprend toutes les situations où les patient-es ou les proches viennent simplement poser une question ou demander un conseil, sans que des aspects problématiques quant à la prise en charge ne soient relevés.

	N
	(837)
Types de sollicitations	%
Réclamation « avec demande »	39
Réclamation « expressive »	30
Questions / Conseils	14
Soutien moral	6
Souhait de plainte	1
Autres	10

Ce tableau représente la classification finale des demandes. A noter que dans les situations où un entretien a lieu, il peut y avoir une évolution de la demande exprimée au départ et à l'issue de l'entretien, grâce au travail des médiatrices (reformulation, précision des attentes, etc.). Les insatisfactions ou réclamations représentent, en 2022, moins des trois-quarts des situations (70 %).

La catégorie « Questions / Conseils » représente 14 % des situations. La majorité de ces questions sont en lien avec une prise en charge aux HUG (accès à des données médicales (rapport, dossier...), accès à un suivi médical dans une spécialité, directives anticipées, information générale liée à la santé, etc.).

Enfin, nous pouvons observer que dans la catégorie « Autres », 10 % des situations ne rentrent pas dans la classification ou ne peuvent pas réellement aboutir. Cela est parfois dû à la présence d'une pathologie psychiatrique ou d'un type de personnalité ne permettant pas à la personne d'entrer dans une démarche qui est basée sur une certaine capacité à dialoguer, à écouter, ou à comprendre et à s'ouvrir à l'autre.

Différents auteurs nous éclairent à ce sujet. A. Pekar Lempereur & Cie disent qu'il existe des « *pathologies du conflit*³ ». Ce sont des personnes qui « *n'existent que dans l'opposition systématique à tel autre groupe ou personne, affirmant leur identité dans la confrontation, la négation, le nihilisme même. La perpétuation du conflit devient leur raison de vivre*⁴ ». Certaines pathologies psychiatriques comme la schizophrénie ou la dépression, empêchent « *la personne de faire face*⁵ ». A. Stimec parle de l'existence de personnalités difficiles : « *structurellement difficiles ou simplement de manière temporaire ou contextuelle*⁶ ». Il nous rend attentif au fait que le médiateur ne doit pas se transformer en thérapeute et que l'orientation de la situation vers d'autres voies plus adaptées est parfois nécessaire.

Interventions effectuées

Comme préalablement dit, une partie importante du travail des médiatrices consiste à faire émerger les besoins et les attentes, les objectifs recherchés pour obtenir une demande plus claire. Cette phase facilite l'élaboration avec les patient-es ou les proches d'une « stratégie » permettant d'apporter une solution ou des réponses à leur demande. En fonction des besoins exprimés, plusieurs types d'intervention sont ensuite menés. Ces interventions sont détaillées dans le tableau-ci-dessous.

Il est important de rappeler que les médiatrices ne dissuadent jamais la patientèle ou la famille de déposer une plainte « formelle » et leur communiquent, si besoin, les différentes démarches existantes (Commission de surveillance, plainte pénale, expertise extrajudiciaire, OSP, etc.) ainsi que la possibilité d'écrire à la direction générale ou à la direction des affaires juridiques. Toutefois, les médiatrices ont pu observer que souvent, la « menace » de plainte est une manière de se faire entendre qui disparaît dès le moment où les plaignant-es se sentent écoutés et pris en considération.

Nous avons divisé le « type » d'interventions en 2 groupes, un premier niveau où, écouter, expliquer, soutenir et orienter suffit, la requête restant en quelque sorte entre le ou la demandeur et l'EM, et un deuxième niveau, où un contact avec le service est nécessaire pour répondre aux besoins des patient-es ou de leurs proches.

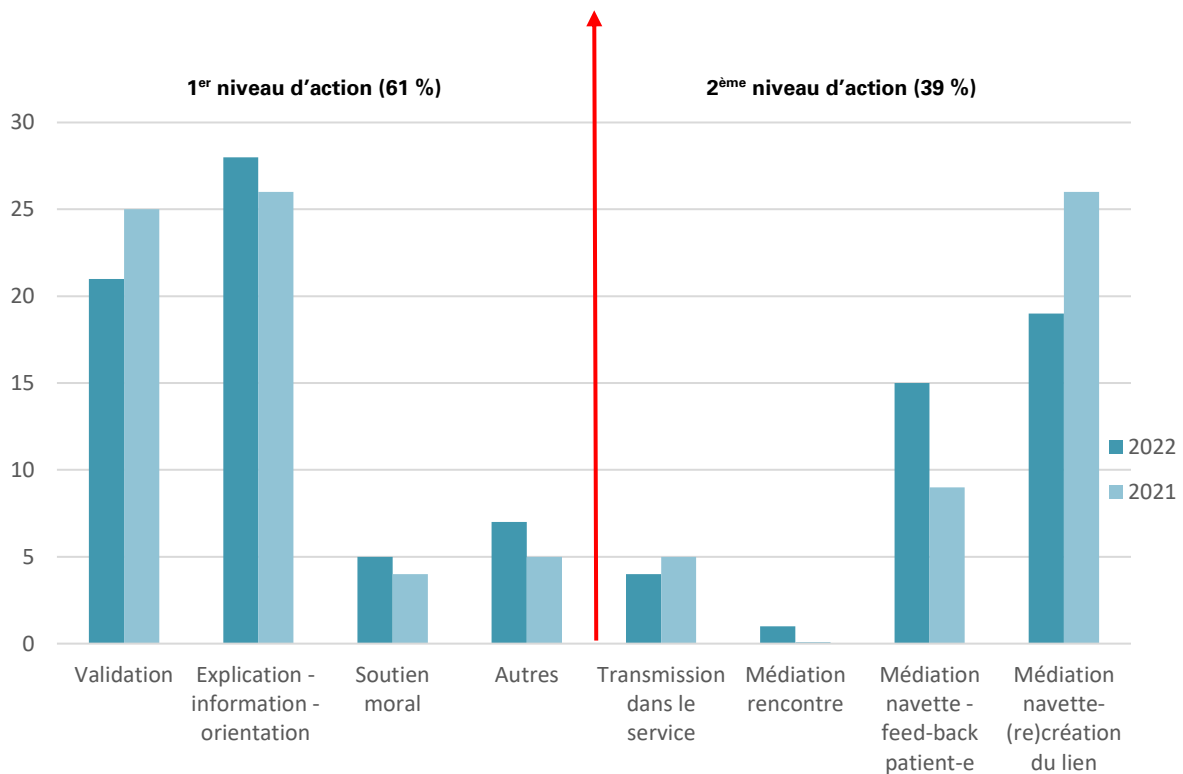
³ A. Pekar Lempereur & Cie, « Méthode de médiation », Dunod, 2008, p. 36

⁴ Ibidem

⁵ Ibidem

⁶ A. Stimec, « La médiation en entreprise », Dunod, 2011, p. 177

Graphique 1 : Distribution des interventions en 2022 (N=682*) et en 2021 (N=842*)



* Les situations déléguées par la DG ont été exclues de cette analyse, leur finalité étant codées différemment.

Premier niveau d'action (61% des interventions) :

Validation : ce type de démarche représente 21 % des situations en 2022 et comprend toutes les situations dans lesquelles le ou la demandeur se fait part de difficultés ou d'incompréhensions se traduisant par une insatisfaction. Ces personnes ressentent le besoin de partager leur vécu, mais ne demandent rien d'autre qu'une écoute et parfois que leur expérience soit utile à d'autres. Le fait de créer des espaces de paroles ayant pour but l'expression des patient-es permet de ne pas négliger cet aspect très particulier⁷.

Explication - information - orientation : ici, les patient-es ou les proches arrivent parfois désorientés, ne savent pas vers qui se tourner ou que faire ; l'hôpital étant un monde inconnu pour eux, où les actrices et les acteurs sont nombreux et variés. Cousture dit, à propos de l'hospitalisation : « *Il n'y a pas de familiarité avec les lieux, les gens, les objets. Et c'est encore plus inconfortable maintenant puisque, plus souvent qu'autrement, il ne voit pas un, mais une série d'intervenants* »⁸.

Notre mission ici consiste à expliquer la complexité du travail des médecins et des équipes soignantes ainsi que le fonctionnement, souvent méconnu, d'un hôpital universitaire, son organisation, ses contraintes et les difficultés du personnel hospitalier. Ces informations, lorsqu'elles sont partagées

⁷ Résumé d'un atelier du CCECQA : Les réclamations : des modalités actuelles de traitement vers une politique clientèle.

⁸ Cousture 2000, cité par C. Gravel, « Le défi du monde de la santé : Comment humaniser les soins et les organisations », Presses de l'université du Québec, 2005, p. 50

avec la patientèle ou la famille, sont reçues avec intérêt et permettent d'instaurer un climat de confiance envers l'hôpital.

De manière générale, nous essayons toujours de les encourager à s'adresser directement au personnel vers lequel nous les orientons. C'est aussi une manière de responsabiliser chacun des acteurs et des actrices. A ce propos, E. Stimec, dans son ouvrage relatif à la médiation au sein d'une entreprise, rappelle l'importance de toujours privilégier le dialogue direct, ceci pour deux raisons : (1) *préserver l'autonomie et la crédibilité des acteurs* et (2) *préserver la responsabilisation*⁹. Cette catégorie représente un peu plus d'¼ des situations reçues à l'EM.

Soutien moral : ici, la patientèle n'amène pas vraiment une réclamation, elle ressent simplement le besoin d'exprimer son ressenti face à la maladie et à la souffrance qu'elle peut engendrer, sans autre besoin particulier.

Deuxième niveau d'action (39 % des interventions) :

Ici, la demande ou les besoins nécessitent d'aller plus loin dans le niveau d'intervention avec une prise de contact avec les services concernés, qui se fait toujours avec l'accord du patient ou de la patiente.

Transmission dans le service (4 %) : nous transmettons ou signalons la difficulté ou la problématique, à la demande de la patientèle ou lorsque qu'elle nous semble utile à signaler dans une perspective d'amélioration. Ces transmissions sont anonymes, ou nominatives si le patient ou la patiente le souhaite ; ce sont généralement des situations où il n'y a pas de demandes particulières.

Médiation : dans 35 % des cas, un travail de médiation est nécessaire. Les médiatrices vont alors établir un lien humain, une « passerelle » entre les patient-es ou la famille et le personnel hospitalier et ainsi faciliter les relations et le dialogue. Dans ces situations, le ou la demandeur(e) peut ressentir le besoin d'avoir un contact avec le personnel, par notre intermédiaire, afin de recevoir par oral ou par écrit des clarifications, des explications et/ou une reconnaissance de son vécu.

Dans la grande majorité des cas, il s'agit de médiation dite « navette », c'est-à-dire un travail de médiation n'impliquant pas de rencontre directe entre les deux parties mais des échanges téléphoniques ou écrits alternés entre le médiateur, le professionnel et le demandeur.

Dans le tableau décrivant nos interventions, nous parlons de « re-création du lien », quand, à la suite à notre intervention, le professionnel hospitalier prend le relais et contacte directement le demandeur ou la demandeuse et de « feed-back au patient-e » quand le retour au demandeur ou à la demandeuse se fait par notre intermédiaire.

Enfin, une petite partie des situations nécessite une médiation avec présence des deux parties (1 %). Cela concerne généralement des problématiques de type relationnel. La pratique nous montre que bien souvent, les patient-es ou les proches ne souhaitent pas revoir la ou les personne(s) concernée(s). En effet, dans la plupart des cas, les protagonistes ne seront pas amenés à se revoir, il est donc difficile pour eux de percevoir la plus-value d'une rencontre présenteielle, leur besoin se situant à un autre niveau (signalement – amélioration).

Le faible nombre de médiations présenteielles démontre aussi que celles-ci ne sont pas toujours la solution la mieux adaptée. En effet, il est important de favoriser le contact direct de chacun des acteurs et actrices afin de privilégier leur autonomie. « Imposer » absolument une médiation au sens plein du

⁹ A. Stimec, « La médiation en entreprise », Dunod, 2011, p. 181

terme reviendrait à déroger à l'éthique même de notre discipline en dépossédant les personnes de leur autonomie et de leur responsabilité. Nous pensons que ce point est essentiel. Il montre en quoi le terrain hospitalier est particulier. Nous ne sommes pas dans une relation entre voisins, ou de couple ; nous sommes dans un fonctionnement complexe, hiérarchisé, un fonctionnement institutionnel.

Finalement, ce qu'il est important de retenir, c'est que, quel que soit le mode du travail de médiation (navette ou présentiel), l'impact est double. Il répond d'abord à la demande et au besoin du demandeur ou de la demandeuse de recevoir une réponse et de se sentir reconnu dans son ressenti. Il permet aussi, lors de chaque contact avec la filière médicale, infirmière ou hors-soins (administratif, technique...), une sensibilisation au vécu des patient-es. Le personnel hospitalier n'a souvent que l'instantané d'une situation difficile. Les médiatrices, par le biais du témoignage, en ont le film complet

Nous avons pu observer lors de nombreux contacts avec le personnel médico-soignant, l'importance de la hiérarchie de proximité. En effet, elle joue un rôle clé au sein des unités et des services. C'est elle qui est garante de la transmission et de l'application des valeurs institutionnelles au sein des équipes. Par ailleurs, son implication quotidienne auprès des patient-es et des proches, sa disponibilité et sa présence sont essentielles dans la prévention et la gestion de conflits pouvant apparaître durant une hospitalisation.

Problématiques relevées

Toutes les problématiques exprimées durant un entretien sont relevées et codées, sans priorisation particulière. Par exemple, un problème de nourriture sera codé de la même manière que le fait de n'avoir jamais réussi à voir le chirurgien ou la chirurgienne après une intervention. Cela permet de faire ressortir de manière exhaustive toutes les problématiques relevées par la patientèle.

Les faits rapportés par les patient-es comportent, évidemment, une part subjective : il s'agit du vécu de la personne bénéficiant d'un suivi médical ou de la famille. Celui-ci ne représente qu'une version de la situation et ne correspond pas forcément au vécu des équipes soignantes.

Il est important également de préciser que les problématiques relevées ne sont pas pour autant le reflet de ce qui se passe au quotidien dans un service, ces données n'étant pas représentatives de l'activité totale et les problèmes rapportés ne concernant qu'un petit nombre de patient-es sur l'ensemble de ceux traités dans un service.

Ce type d'analyse est surtout utile pour « *détecter les problèmes récurrents dont les usager-ère-s se plaignent* » et aussi pour être « *approfondis (au sein de groupes qualifiés par exemple) afin de définir des actions correctrices adéquates* », comme le soulignent les auteurs français d'un guide méthodologique pour la gestion des plaintes et des réclamations¹⁰. Mais, d'après eux, il est essentiel de pouvoir croiser ce type de données avec d'autres sources (enquêtes de satisfaction, p. ex) pour en augmenter la représentativité.

Cependant, ce type d'analyse ne remplace pas la force des témoignages individuels et les contacts fréquents avec les services pour chaque cas particulier. Notre pratique quotidienne nous montre parfois, qu'un seul témoignage peut aboutir à des changements concrets de pratique.

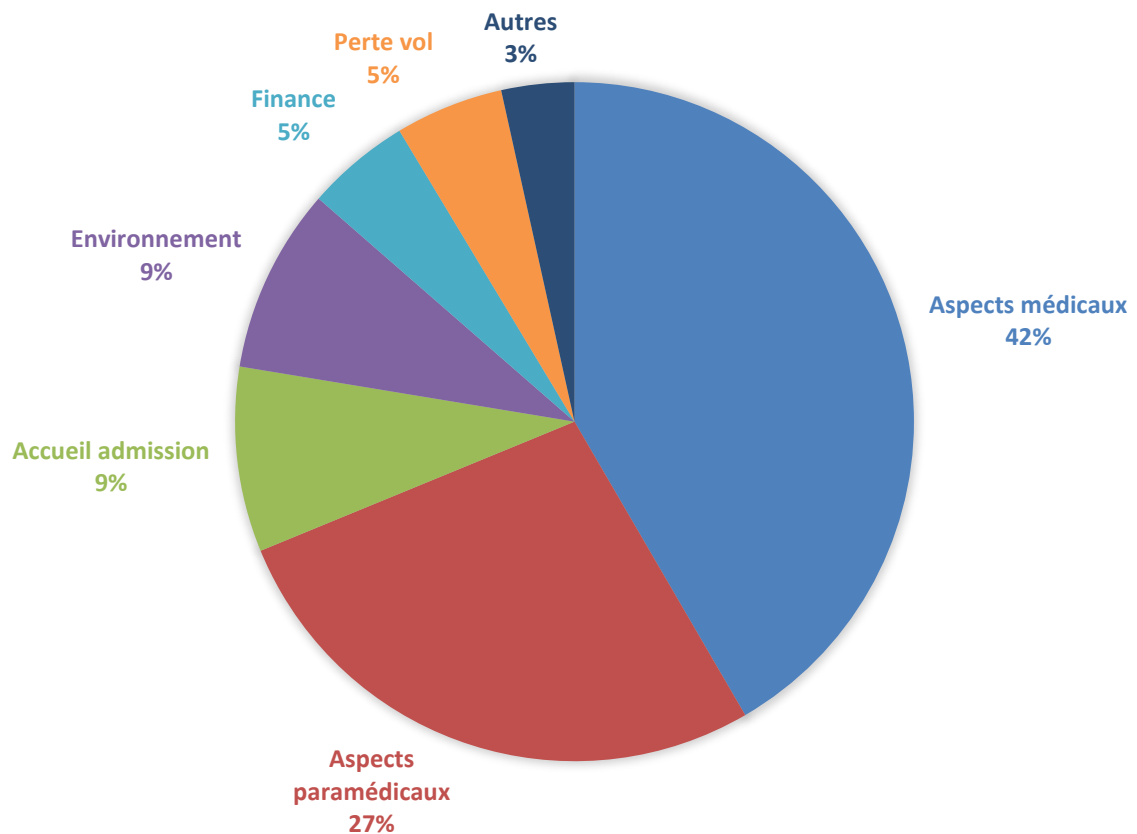
¹⁰ Ministère de la santé, de la jeunesse et du sport, France, « *Plaintes et réclamations dans les établissements de santé : un levier pour améliorer la prise en charge des usagers* », Guide méthodologique, Editions Dicom.

Distribution des problématiques par motifs

Pour coder les différents types de problématiques, l'EM utilise, le modèle d'une « grille d'analyse par motifs »¹¹. Le détail des catégories est présenté à la fin du rapport (annexe 2).

De manière générale, la distribution des problématiques en 2022 est assez similaire aux années précédentes.

Graphique 2 : Distribution des problématiques relevées en 2022 (N=631*)



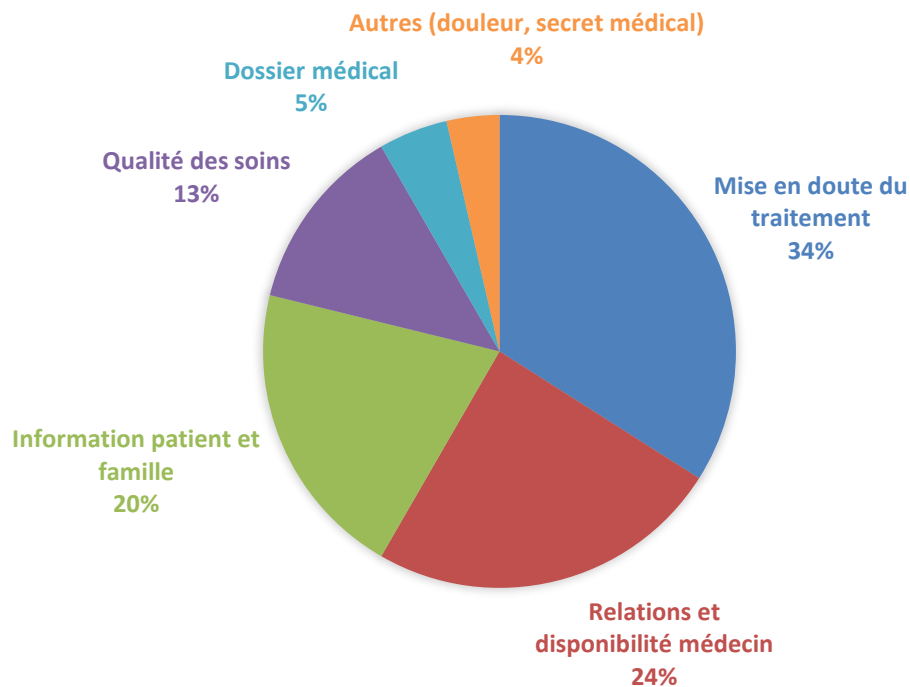
*Ce chiffre comprend le nombre total de réclamations en 2022. Chaque sollicitation peut contenir une ou plusieurs problématiques.

Ce sont toujours les aspects médicaux et paramédicaux qui sont le plus représentés (69%).

¹¹ Ministère de la santé, de la jeunesse et du sport, France, « Plaintes et réclamations dans les établissements de santé : un levier pour améliorer la prise en charge des usagers », Guide méthodologique, Editions Dicom, p.42

Voici le détail des doléances en lien avec les aspects médicaux :

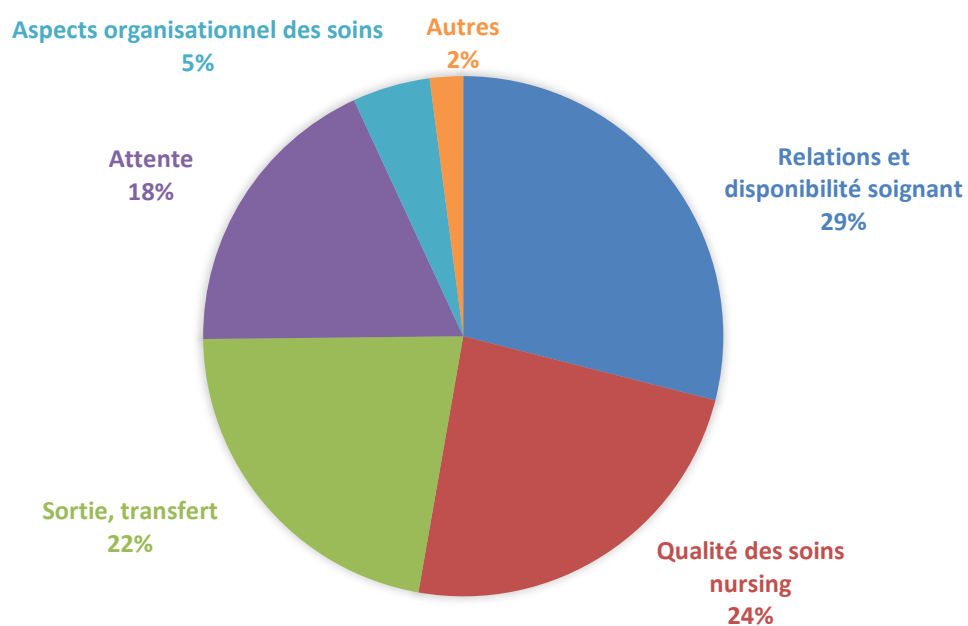
Graphique 3 : Distribution des problématiques – Aspects médicaux pour 2022



Comme en 2021, les problématiques les plus représentées dans les aspects médicaux sont la mise en doute du traitement (non-compréhension des choix thérapeutiques), les relations et disponibilités des médecins (communication, verbale et non verbale), et l'information aux patients et aux familles (manque d'explications, ou des explications perçues comme contradictoires).

Voici le détail des doléances en lien avec les aspects paramédicaux :

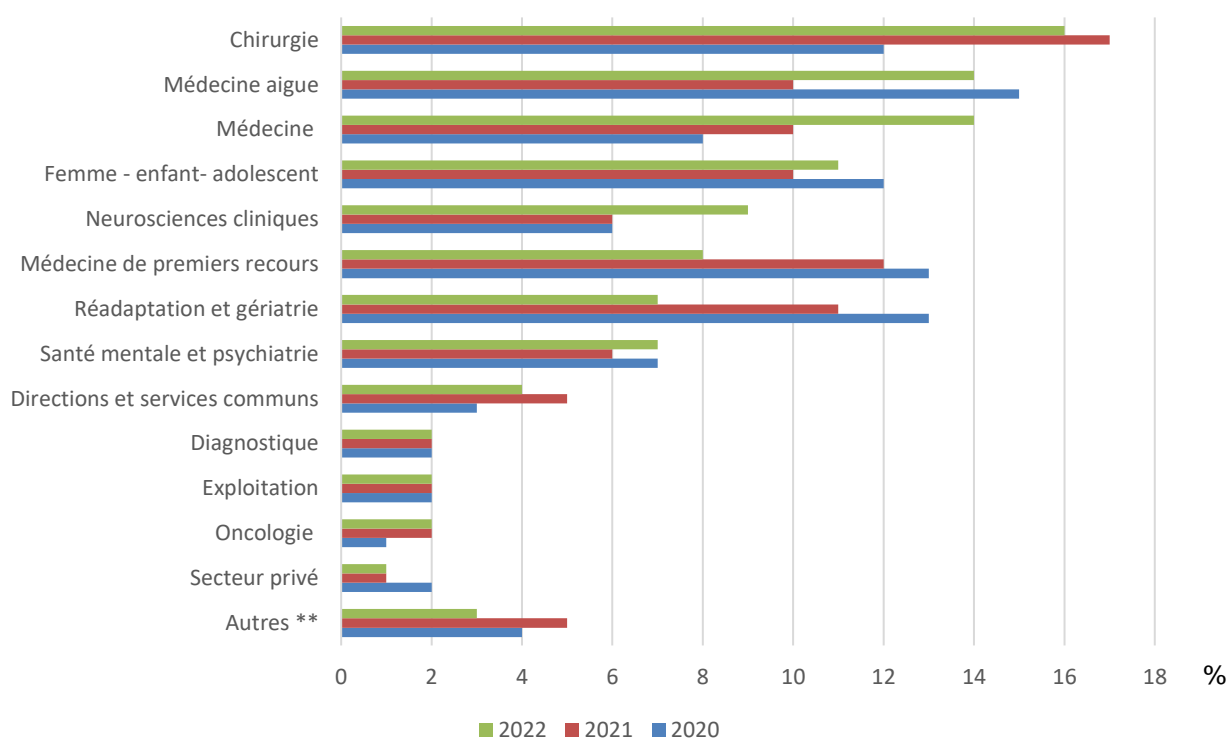
Graphique 4 : Distribution des problématiques – Aspects paramédicaux pour 2022



En ce qui concerne les aspects paramédicaux, les problématiques les plus représentées sont la relation et la disponibilité des soignants, la qualité des soins et les doléances en lien avec la sortie ou les transferts.

Distribution des problématiques par département

Graphique 5 : Distribution des problématiques par département en 2022 (N=631*), 2021 (N=729*) et 2020 (N=681*)



* Ce chiffre comprend le nombre total de réclamations en 2021 et en 2020. Une situation peut concerner un ou plusieurs services.

** La catégorie « Autres » comprend les situations qui ne sont pas liées à un service en particulier.

Ce graphique présente la distribution des problématiques reçues à l'EM en 2022 en comparaison avec 2021 et 2020 pour chaque département. Il est important de relever que ces résultats sont en lien avec la taille et les activités propres à chaque département.

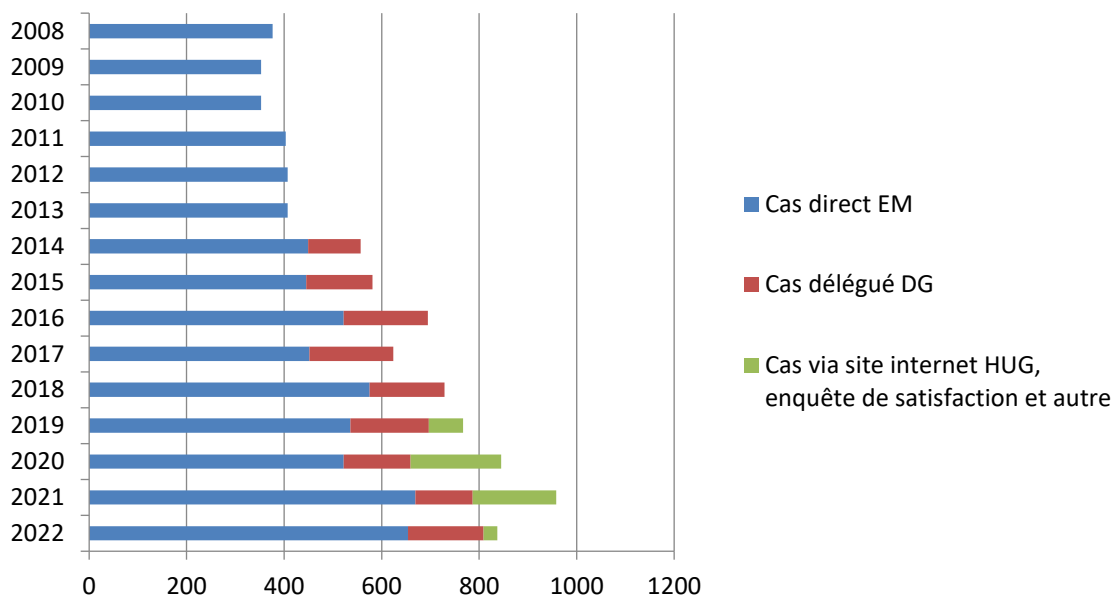
A noter qu'en 2020, le département de chirurgie a enregistré une baisse du nombre de situations (12%) probablement liée à la réduction des interventions chirurgicales non-urgentes (pandémie) pour remonter à 17 % en 2021 et se stabiliser à 16% en 2022.

Plusieurs départements ont enregistré une diminution des problématiques depuis 2020 (médecine de 1^{er} recours, réadaptation et gériatrie et secteur privé).

Evolution du nombre de situations

Le graphique ci-dessous décrit l'évolution du nombre et du type de sollicitations reçues à l'EM depuis 2008 avec l'intégration en 2014 des courriers de patient-es adressés à la Direction générale et, en 2019, des formulaires de contact « réclamation » via le site internet des HUG.

Graphique 6 : Evolution du nombre de sollicitations reçues à l'EM depuis 2008 (N=8892)



La tendance générale du nombre de sollicitations varie selon les catégories. Pour ce qui est des cas reçus directement à l'EM, nous observons depuis l'ouverture une augmentation graduelle des situations, passant de 376 en 2008 à 654 en 2022. Comme déjà dit, les cas résultant du site internet des HUG (Hug intra) ont fortement diminué en 2022 en raison de l'introduction d'un outil Chatbot. Enfin, nous observons une augmentation des cas délégués par la DG en 2022 (155) par rapport à 2021 (118).

La relation soignant-soigné

Le patient ou la patiente vit, au travers de la maladie, une expérience douloureuse et dramatique. C'est l'atteinte dans sa propre santé dont il s'agit et sa vie peut avoir basculé de façon brutale. Cela rend la personne sérieusement vulnérable et démunie au plus profond de son identité. Les mots ou les attitudes que peuvent avoir alors le personnel hospitalier, supportables en temps normal, ne le sont parfois plus dans ce contexte.

Cette fragilité peut entraîner des réactions ou des attentes parfois incomprises par le personnel. En effet, l'engagement considérable de ces derniers dans leur travail peut avoir pour conséquence une certaine difficulté à recevoir des plaintes ou des critiques des patient-es et parfois amener des réponses « défensives ».

Les mots dans la relation soignant-soigné

Souvent les patient-es retiennent des mots qui ont pu être dits ou une attitude et décrivent ce qu'ils ont ressenti. Voici en guise d'exemple, certains mots, tournures de phrases ou postures qui ont été considérés comme blessants ou difficiles :

« On m'a dit : « Si vous n'êtes pas contente, vous rentrez chez vous ». Comme je venais d'arriver dans le service, j'ai trouvé cela un peu cavalier ».

« Hier soir, j'ai eu mal. J'ai demandé un médicament à l'infirmière qui m'a dit : « Vous n'avez qu'à attendre, je n'ai pas que cela à faire ». Depuis, j'ai peur de demander. Je ne sais pas comment je vais faire ce soir ».

« On a été un peu choqué de la réaction des médecins quand on a demandé quelque chose car mon père devait prendre un traitement pour des soins cardiaques. On nous a dit : « Ça va venir, on est débordés ». Alors je comprends très bien et c'est vrai, mais ce n'est pas une réponse très convenable... Mais depuis ça s'est réglé, ça va mieux ».

« Chaque fois on lève les yeux au ciel quand je demande quelque chose ».

« Nous sommes allés au bureau des infirmières, cette dernière était assise sur le bureau et discutait avec d'autres personnes. Je lui ai dit que mon mari n'était pas bien, elle a banalisé et m'a répondu : « Non, non, cela va aller ne vous en faites pas ». Dans le bureau ça rigolait et papotait. Moi je peux comprendre, elle avait peut-être fini son service, elle était peut-être fatiguée mais à aucun moment on ne s'est sentis écoutés ou entendus... ».

« On me dit : « Monsieur vous avez plus de 75 ans donc automatiquement pour vous les urgences, c'est aux Trois-Chêne ». Donc quand on est vieux, on nous envoie ailleurs ? C'est ça ? C'est discriminatoire pour les vieux... ».

« Quand je sonne, elles ne viennent pas rapidement et quand elles entrent, elles soupirent et ensuite elles donnent très rapidement une réponse, ou pas et repartent ... Mais moi, j'ai besoin de temps pour être comprise, le français n'est pas ma langue et depuis mon AVC, je parle moins bien ».

« Parfois, j'ai besoin qu'on me prépare l'assiette, notamment quand il y a de la viande et on me pose le plateau et au revoir. Je (re)sonne pour demander de l'aide et on me dit qu'on vient mais j'attends longtemps et quand elles viennent en soupirant, la viande est froide alors je ne la mange pas... L'autre jour on m'a dit : « Ça valait bien la peine de demander à ce qu'on vous coupe la viande si vous ne la mangez pas, on a autre chose à faire ici ». Mais moi, si on m'avait coupé la viande plus tôt, je l'aurais mangée... »

« J'étais à jeun et c'était long, une infirmière me dit qu'elle même était restée parfois 24 heures sans manger. Ce n'est pas quelque chose à dire à un patient malade, non ? Je n'ai pas le droit d'avoir faim, c'est ça ? Ce n'est pas correct ».

« La doctoresse m'a dit que je n'avais rien à faire aux urgences, qu'il fallait que j'attende le lendemain pour aller voir un médecin. Je comprends qu'elle me dise cela mais c'était surtout l'attitude, je me suis senti mal reçu. Je n'ai pas trouvé cela très cool. Elle était polie et je comprends qu'ils soient surchargés mais il ne faut pas envoyer bouler les gens comme ça ».

« Les seules réponses que je recevais étaient : « On est débordés... » « Il faut attendre... » et la meilleure de toutes... « Il y a pire que vous... ».

« Elle ouvre la porte comme si c'était un abri atomique, ensuite elle me parle mais en faisant autre chose, en regardant par la fenêtre et elle n'écoute absolument pas ce que je dis. Je pense que si je lui récitais le bottin de téléphone elle me répondrait pareil : « Oui oui, ah bon d'accord, c'est ça ».

Tel que le décrit Gravel dans sa classification des messages empathiques¹², il y a « des mots qui font tant de bien et rassurent, des attitudes qui réchauffent le cœur et des gestes qui consolent et veillent au bien-être ». Quand la personne soignée ne retrouve pas de message empathique, la relation soignant-soigné est souvent mise à mal. Face à ces mots ou attitudes qui ont pu blesser, le travail des médiatrices est d'écouter et de reconnaître le ressenti des patients, parfois de communiquer des informations qui pourraient expliquer les raisons de certains mots prononcés ; permettre en quelque sorte au patient de mettre un peu de distance et de situer ces mots dans le contexte particulier de sa prise en charge.

Voici l'exemple d'une situation illustrant bien ces propos :

Initialement, c'est un responsable qui a pris contact avec l'EM car le dialogue n'avait pas pu être rétabli avec un patient et sa famille qui était très en colère et qui voulait déposer plainte. À la suite de cela, le patient et sa famille ont été reçus à l'EM.

En début d'entretien, l'émotion était très présente avec des interventions de la famille parfois très vives. Ils ont pu s'exprimer longuement, leurs ressentis ont été validés et petit à petit, ils ont réussi à prendre un peu de recul et percevoir « le rôle » qu'ils avaient aussi pu jouer dans la situation. Le patient a reconnu que sa manière de communiquer avait pu déstabiliser le personnel : « J'ai des aprioris à venir à l'hôpital. Cela me met dans un tel état de nerf, on se met en danger finalement ».

Ce qui a été très frappant dans cette situation, c'est qu'il y a eu, à un moment donné, un réel basculement dans les propos tenus passant d'un état de colère à une compréhension des difficultés et contraintes auxquelles étaient confrontés les soignants :

¹² Annexe 1 : tableau de messages empathiques

« Notre idée, ce n'est d'attaquer personne mais d'améliorer. On voit qu'ils ne sont pas assez. Ils n'ont même pas deux minutes pour parler avec les patients une fois qu'ils ont fait tout ce qu'ils devaient faire. Cela est très dommage car la qualité des soins, elle, est très bonne. Si on se projette à leur place, on comprend tout à fait ».

Même les membres de la famille, très virulents au début, sont devenus beaucoup plus tolérants et compréhensifs. Finalement, le patient nous a dit qu'il avait vraiment bien fait de venir nous voir, car cela lui a fait beaucoup de bien de parler. Une solution simple a ensuite pu être imaginée pour la suite.

Dans certains cas, un besoin de clarifier l'intention qui était mise derrière certains mots est nécessaire. Comme cette patiente qui, inquiète de devoir quitter précipitamment l'hôpital, a très mal pris le fait qu'un soignant lui dise : *« Ce n'est pas un hôtel ici ».*

Après clarification avec le soignant, il en est ressorti que cette phrase se voulait rassurante ; l'idée était de dire au patient : *« Ne vous en faites pas, on ne va pas vous chasser comme dans un hôtel, il n'y a pas d'heure de check-out ici ».*

Il peut y avoir aussi des situations où les patients et les familles sont déstabilisés par le nombre important d'interlocuteurs et des informations parfois contradictoires :

« Il y a eu un grand tournus de médecins et nous nous trouvions dans une situation stressante, j'aurais vraiment eu besoin de me sentir plus écoutée et entendue. Les échanges que nous avons pu avoir avec les médecins étaient centrés sur les éléments médicaux mais pour ma part la dimension psychologique a été mise de côté et je voulais le signaler car je pense que si c'était important pour nous ça l'est certainement pour d'autres ».

« Mais c'est vraiment au niveau psychologique que j'ai eu de la difficulté car je n'ai pas été assez accompagnée par les médecins. Je suis étonnée qu'il y ait un tel tournus de médecins en 48 heures et que chacun ait un message parfois un peu différent de l'autre et ne soit pas assez à notre écoute ».

« Globalement, les infirmières ont été charmantes et serviables mais le souci était plutôt du côté des médecins. Il y a un tournus absolument effarant de médecins, tous plus jeunes les uns que les autres et chacun y va de son couplet... Le premier me dit que je vais peut-être me faire ré-opérer, un autre me dit que tout est ok, le troisième ne sait pas et il est difficile de voir le chirurgien. Alors j'ai passé par les montagnes russes pendant 1 semaine avant qu'on me dise que je pouvais sortir. Moi j'étais perdu, cela m'angoissait de sortir alors que certains médecins m'avaient dit que je devrais être ré-opéré ».

Les informations contradictoires, malentendus et les incompréhensions sont « monnaie courante » à l'hôpital ; les expliciter, les traduire et y répondre permet à chacun des acteurs d'avoir une meilleure compréhension du monde et des réalités de chacun et de rassurer in-fine les patient-es.

La notion de pouvoir dans la relation soignant-soigné

A ce propos, il est intéressant de s'arrêter sur la notion de pouvoir, élément omniprésent dans les relations de soins : « *différences de savoirs, de statuts, de positions, de territoires, d'uniformes font que les malades et leurs proches sont confrontés au pouvoir des soignant-es et ne peuvent ou n'osent s'opposer à celui-ci*¹³ ».

De nos jours, ce modèle entre en conflit avec notre société dite « *d'autonomie* » et peut être à la source de nombreuses tensions. Une des réponses possibles à cette problématique serait d'avoir la « *sagesse d'écouter les patients ; (...) le client devient notre première source d'information et notre guide, il est en quelque sorte l'expert de lui-même (...)* ». Mais cette approche nécessite un « *déplacement du pouvoir* » dans la relation soignant-soigné et c'est en cela qu'elle est très difficile, car elle vient bousculer le modèle existant¹⁴.

En plus d'une certaine perte de pouvoir, les professionnels de la santé ont également à faire face à un problème d'autorité, phénomène bien décrit par F. Dubet. Ce dernier nous explique que l'autorité ne leur est plus donnée de manière automatique comme elle pouvait l'être à l'époque. Aujourd'hui, c'est sans cesse que les professionnel-les de la santé doivent « *remettre l'ouvrage sur le métier et construire une légitimité visant à obtenir le consentement d'autrui* ». Cela a une influence directe sur leur pouvoir, car ce dernier devient aussi « *arbitraire* » car établi « *sur des attributs de personnalité comme cette fameuse autorité naturelle* ». Cette dissociation entre le pouvoir et l'autorité entraîne parfois un « *refus de soumission* » parce que « *en dehors d'une autorité perçue comme établie, il faut que la relation contribue immédiatement à définir le pouvoir de chacun* ». Cela devient alors un terrain idéal à toutes sortes « *d'échauffements* », les professionnels pensant que les malades « *les menacent* » et les malades pensant que les professionnel-les « *les méprisent* »¹⁵. Nous voyons donc plus précisément de quelle manière les soignant-es sont ébranlés par les différentes évolutions de la société actuelle, changements pouvant amener toutes sortes de conflits ou d'incompréhensions.

¹³ C. Curchod « Relations soignants-soignés, prévenir et dépasser le conflit », Elsevier Masson, 2009, p.105

¹⁴ Ibidem

¹⁵ F. Dubet « Le déclin de l'institution », Ed. Du Seuil, 2002, p. 378

Autres activités

Voici quelques activités effectuées durant l'année 2022 :

Rencontres avec d'autres instances de médiation :

- Réseau informel des instances de médiation institutionnelle à Genève à raison d'une ou deux rencontres annuelles organisées par le médiateur administratif cantonal
- Médiateurs et médiatrices du CHUV / Echanges de pratiques / Une ou deux rencontres annuelles
- Visite à l'espace de conciliation de l'Hospice Général – mai 2022
- Médiatrice des EPI – novembre 2022

Conseillers accompagnants : Accompagnement de patient-es hospitalisés en psychiatrie / Rencontre avec la responsable – mai 2022

Formation HUG en droit médical et aspects médico-légaux : Intervenant-es internes et externes (Direction des affaires juridiques et CURML) - mai 2022

Journée des 10 ans de l'Espace de médiation entre patients, proches et professionnels du CHUV et les 7 ans de l'Espace collaborateurs CHUV : avec la participation d'Isabelle Moncada, productrice de l'émission 36.9, de la RTS – septembre 2022

Enseignement : Intervention à la Haute Ecole de Santé (HEDS) / Cours responsabilité infirmier-ère et médiation / Etudiant-es infirmier-ères Bachelor – octobre 2022

Cour des comptes : Entretien avec un représentant de la cour des comptes dans le cadre d'une réflexion générale sur le rôle de la médiation dans l'interaction « citoyen-nes – administration » – novembre 2022

Transmission de rapports détaillés de notre activité par département : depuis 2020 les médiatrices partagent avec chaque département une analyse détaillée des doléances les concernant. Elles ont reçu un retour positif de ces rapports, amenant plusieurs discussions et échanges avec des services.

Les médiatrices ont participé à plusieurs réunions en lien avec la réflexion institutionnelle sur la gestion des plaintes et des questionnaires de satisfaction.

Les médiatrices ont continué un travail régulier de supervision avec un nouveau superviseur externe.

Conclusion et perspectives

« Le travail à l'hôpital se caractérise ainsi bien souvent par un ensemble de pressions, d'incertitudes, d'imprévus, d'urgences, de conflits de priorités, d'injonctions contradictoires qui mettent les professionnel-les de la santé et les patient-es sous tension, altérant la qualité de vie des uns et des autres ainsi que la relation avec la personne soignée¹⁶».

Les nombreuses visites des patient-es et des proches depuis 2007 à l'EM prouvent à quel point l'existence d'une telle structure est importante et reste d'actualité. Elle permet une réelle prise en considération du vécu du patient ou de la patiente et de son rôle de partenaire dans les soins.

Les personnes hospitalisées sont souvent dans une situation critique, frappées par une maladie grave avec un pronostic défavorable. L'atteinte éprouvée est toujours vive, celle de l'entourage familial aussi. Tout ce qu'ils vont vivre à l'hôpital est amplifié en raison de leur fragilité et du fait qu'ils sont dans un système qu'ils ne maîtrisent pas et dont ils sont fortement dépendants.

L'EM est tout d'abord un lieu où l'on s'intéresse aux relations humaines, à la communication, au ressenti et au vécu. Un lieu où toutes les parties, autant patient-es que soignant-es, sont à même d'échanger afin de faire apparaître les différents niveaux de communication et représentations de chacun.

Le fait d'accueillir et d'écouter les patient-es permet une légitimation de leur vécu, étape très importante faisant partie de la reconnaissance de celui-ci. L'identification de leurs demandes et attentes, dans un deuxième temps, facilite l'orientation vers une proposition adaptée.

Dans nos perspectives 2023, nous espérons pouvoir contribuer davantage à notre mission d'implication des patient-es dans l'amélioration de la qualité des soins. En effet, cela est souvent le premier besoin exprimé par ces derniers ou leurs familles lorsqu'ils viennent nous voir : « *Que cela puisse servir à d'autres* ». Leurs expériences par rapport aux soins reçus sont une source précieuse d'informations pour l'amélioration de la qualité des soins, même si des actions correctrices ne sont pas toujours faciles à mettre en place. Dans notre pratique quotidienne, nous observons la mise en place d'améliorations immédiates ou futures. Les patient-es sont ainsi très satisfaits d'avoir pu amener un changement, cela est rassurant pour eux et profite également à d'autres.

Mais il est important d'aller plus loin et de réfléchir à une vision globale afin d'identifier les problèmes récurrents et de mettre en place un processus continu d'amélioration de la qualité plutôt que de répondre de manière ponctuelle aux plaintes¹⁷. Un projet en ce sens soutenu par la direction médicale et la direction des soins débutera en 2023 et les médiatrices sont très heureuses de pouvoir y participer.

Pour le reste, nous continuerons à promouvoir l'EM auprès des équipes et des patient-es afin que notre mission soit vue comme une aide à la communication, un lieu de conseil où les préoccupations mutuelles sont discutées et contribuent à l'élaboration de solutions acceptables pour tous.

¹⁶ C. Curchod, « Relations soignants-soignés : Prévenir et dépasser le conflit », 2009, Massons, p. 23.

¹⁷ V. Kolly : « Gestion des plaintes comme instrument pour améliorer la qualité, utopie ou réalité », Octobre 2005

Annexes

Annexe 1 : Indices de messages empathiques¹⁸

Indices de messages empathiques
Ces mots qui font tant de bien et rassurent
<p>Les salutations sincères, discrètes et attentives (bonjour souriant, un must).</p> <ul style="list-style-type: none">• Les paroles d'encouragement, les reflets empathiques des émotions, des mots qui manifestent qu'on comprend ce que le patient ressent :<ul style="list-style-type: none">– Vous avez mal aujourd'hui !– C'est difficile ce matin.– On va vous soulager un peu.• Dire un petit compliment, une gentillesse.• Expliquer clairement (mots adaptés à la clientèle, attention de ne pas infantiliser).• Guider, prévenir le patient de ce qui l'attend, expliquer les activités.• Réduire l'incertitude, prendre le temps de répondre aux questions avec soin.• Des mots rassurants, un ton rassurant.• Choisissez, entre le tutoiement et le vouvoiement, ce qui représente la relation que vous voulez établir. Valorisez toutes les marques de respect, quel que soit l'âge de la patientèle.• S'excusez lorsqu'on coupe une activité.
Ces attitudes qui réchauffent le cœur
<p>Avoir un air souriant, doux, calme, posé, chaleureux.</p> <ul style="list-style-type: none">• Les yeux qui regardent, qui sourient et soutiennent.• Des yeux qui disent « je comprends ».• Des sourires qui disent « je ne peux pas faire plus... je suis désolé-e ».• Établir avec les adultes des relations d'adultes responsables.• Avoir de la délicatesse (surtout pour les actes intimes, car ce n'est jamais une routine pour le patient).• Être préoccupé face à la famille et à l'accompagnateur.• Manifester de la compréhension devant les inquiétudes du ou de la patiente même si elles ne sont pas cliniquement fondées.• Accepter les petits caprices avec humour (ce qui ne signifie pas y céder).• Manifester que vous êtes heureuse d'intervenir pour lui... qu'il en vaud la peine.• Être patient face aux difficultés perçues, les prendre aux sérieux.• Montrer votre sensibilité devant les efforts, le courage et la lutte devant la maladie.
Ces gestes qui consolent et veillent au bien-être
<p>Les gestes de confort (redresser les oreillers, lisser les draps, vérifier le confort, donner de l'eau).</p> <ul style="list-style-type: none">• Des gestes qui disent « je me préoccupe de ton confort, même si j'ai beaucoup de travail ».• Des gestes doux, jamais brusques, des précautions dans les gestes pour éviter de brusquer, de blesser, d'insécuriser.• Des touchers humains, (peigner, toucher l'épaule délicatement, masser un peu, transmettre la chaleur de son corps) même s'ils sont brefs.• Des gestes qui disent : « je me préoccupe de toi, tu n'es pas un numéro pour moi »• S'assurer que le ou la patiente soit « convenable » pour la visite.

¹⁸ Gravel C. "Le défi du monde de la santé. Comment humaniser les soins et les organisations" Presses de l'Université du Québec, 2005, p. 58

- **Donner des signes que vous êtes aux aguets (portes entrouvertes, regards discrets dans la pièce, etc.), que vous ne l'avez pas oublié.**
- **Donner ce que vous pouvez... et un petit peu plus parfois.**
- **Réagir à la douleur et à l'inquiétude, témoigner que vous les avez remarquées**

Annexe 2 : Grille de codage espace médiation / détails des catégories¹⁹

A. ASPECTS MEDICAUX

Information du ou de la patiente et de la famille	<i>Explications médicales insuffisantes (traitement, diagnostic, opération, etc.), jargon, informations médico-économiques, informations contradictoires ou sans suite, etc...</i>
Qualité des soins	<i>Procédures avec sédation et sans sédation (imagerie, ponction, biopsie, suture...), traitement médicamenteux (prescription, choix, partenariat, allergie, etc.), connaissance du dossier par les médecins, suivi médical post-opératoire, consentement, directives anticipées, etc.</i>
Mise en doute du diagnostic et traitement	<i>Mise en doute et inquiétudes quant au traitement au sens large par le ou la patiente ou la famille</i>
Gestion de la douleur	
Relations avec les médecins et disponibilité	<i>Compétences relationnelles du médecin et disponibilité, difficulté d'organiser un rendez-vous avec le médecin, tournus des médecins, etc.</i>
Dossier médical	<i>Accès difficile si demande dossier, contestation d'éléments du dossier / lettre de sortie/rapport par le ou la patiente ou la famille</i>
Secret médical	<i>Rupture de la confidentialité</i>

B. ASPECTS PARAMEDICAUX

Qualité des soins, nursing	<i>Soins infirmiers, soins de base, intimité, contention, tri aux urgences, physiothérapie.</i>
Relations avec le personnel soignant et disponibilité	<i>Compétences relationnelles du personnel soignant / PPPS et disponibilité, tournus du personnel, etc.</i>
Aspects organisationnels des soins	<i>Report interventions / examens / Rdv, répétition d'exams déjà faits</i>
Sortie, transfert	<i>Organisation et coordination de la sortie, explications retour à la maison, sortie trop rapide, transmission des informations avec les intervenants externes, transferts internes en fonction du type de soins, / incompréhension, problématique de la fin de traitement / tarif EMS / incompréhension, etc.</i>
Attente	<i>Attente aux urgences, après demande d'aide, lors d'exams, pas d'information concernant l'attente, etc.</i>
Divers	<i>Recrutement et consentement recherche clinique / étude, interprétariat, intervention de la sécurité.</i>

C. INFECTIONS NOSOCOMIALES

Infections Nosocomiales	<i>Non-respect des pratiques d'hygiène, peur d'attraper une infection</i>
--------------------------------	--

D. MALTRAITANCE

Maltraitance	<i>Violence physique ou psychologique</i>
---------------------	---

E. ACCES AUX SOINS

Accès aux soins	<i>Délai de prise en charge en électif, attente d'une opération (urgente mais pas de place, etc.)</i>
------------------------	---

¹⁹ Inspirée de la grille d'analyse par motifs (AP-HP) / Ministère de la santé, de la jeunesse et du sport, France, « Plaintes et réclamations dans les établissements de santé : un levier pour améliorer la prise en charge des usagers », Guide méthodologique, Editions Dicom, p.42

F. ACCUEIL ADMISSION

Relations avec le personnel administratif	<i>Compétences relationnelles personnel de l'accueil et administratif</i>
Arrivée à l'hôpital, admission	<i>Accès à l'hôpital, organisation admission, accès au secteur privé, inventaire, caisse, convocation, etc.</i>
Identification personnel	<i>Identification du médecin, du personnel soignant, administratif, etc.</i>
Signalisation	
Téléphonie, gestion courriers /courriels	<i>Problème pour atteindre un service, une personne (répondeur, sonne dans le vide...), pas de réponse à un courrier / e-mail / téléphone, etc.</i>

G. VIE QUOTIDIENNE ENVIRONNEMENT

Alimentation	
Promiscuité, bruit, etc.	
Equipement, confort, etc.	
Propreté	
Transport	
Incident, accident	
Implication, présence de la famille	<i>Présence de la famille, visite, famille pas avertie (chute, transfert, etc.), sentiment d'être dépossédés (implication de la famille dans les soins), etc.</i>

H. PERTES, VOLS, DEGATS

I. DECES

Information famille	<i>Procédure d'appel et manque d'explication à la suite du décès d'un proche</i>
Autopsie, prélèvements	

J. FINANCES

Facturation	
Autres	