



**Bureau cantonal de
médiation santé**

Av. Ruchonnet 57
1003 Lausanne

Rapport d'activité 2006

1. Introduction

En 2006, l'activité du Bureau Cantonal de Médiation Santé a connu une progression de 22% par rapport à 2005. La majorité des personnes en conflit ont pu retrouver apaisement et confiance. Grâce au dialogue et au débat d'idées entre les parties, en présence d'un tiers neutre, des solutions à l'amiable ont vu le jour et ont été inscrites dans des constats d'accord. Ainsi, des procès en justice ont pu être évités.

Ceci étant, nous devons toutefois mentionner, dans un souci d'objectivité, quelques éléments particuliers qui ont rendu notre charge de travail plus lourde que les années précédentes.

En effet,

- la complexité des situations traitées s'est accrue,
- le nombre de médiations collectives a augmenté par rapport aux médiations duales,
- certains plaignants, en raison de leur niveau d'exigence ou de leur structure mentale, voire de leur pathologie, ont rendu le déroulement du processus de médiation plus laborieux,
- la violence verbale et les menaces ont été plus fréquentes, surtout durant le premier semestre 2006,
- les attentes des plaignants ont été parfois démesurées par rapport à notre fonction.

Certains usagers avaient en effet des représentations erronées de la mission du Bureau Cantonal de Médiation Santé. Ils s'attendaient à ce que nous remplissions conjointement des rôles d'assistante sociale, de thérapeute, d'expert médical et de « super juge ».

D'autres pensaient que nous nous étions plutôt un ombudsman.

Aussi, avons-nous pris l'habitude de clarifier précisément notre mission, au cours du premier entretien afin d'éviter toute confusion, mais les attentes profondes réapparaissent néanmoins fortement au cours du processus de médiation... A plusieurs reprises, la médiatrice est donc devenue, « *l'objet mal aimé* » car, par son refus d'entrer en matière sur certains points, elle engendra de grandes frustrations.

Par ailleurs, il est arrivé que des professionnels de la santé pensent que nous avons été nommée pour les protéger et voient en nous un avocat appelé à défendre leurs intérêts ou ceux de leur groupe...

Une confusion existe parfois chez nos interlocuteurs sur la sémantique des mots : médiation et arbitrage.

Souvent, les parties nous accordent, à tort, un rôle d'arbitre (qui décide et qui tranche...)

2. Rappel méthodologique

La méthodologie utilisée et la classification des cas que nous adoptons n'ont pas changé depuis l'ouverture du Bureau Cantonal de Médiation Santé en 2004.

Nous précisons toutefois à l'intention du public qui découvre, pour la première fois, notre activité que nous accueillons séparément, en entretien préalable, les plaignants et les professionnels mis en cause. Cela permet d'identifier leurs problèmes spécifiques et leurs objectifs. De plus, l'entretien préalable permet de travailler avec plus d'impartialité et d'équité. Enfin, il offre la possibilité de préciser les principes de la médiation ainsi que les règles de comportement à respecter.

La séance de médiation directe proprement dite a pour buts principaux de :

- restaurer le dialogue entre les personnes belligérantes,
- lever tout malentendu entre elles,
- leur permettre de mieux se comprendre,
- les conduire à la réconciliation,
- les aider à trouver un accord à l'amiable.

Toutefois, nous recourons, de temps en temps, à la **médiation indirecte** (sans la présence des protagonistes) lorsque le conflit :

- est trop violent et risque de dégénérer en agression physique,
- présente un caractère grave ou urgent qui nécessite une solution immédiate.

La technique de la « navette » ou de « l'aller et retour » entre les parties est alors mise en place (comme dans les conflits armés).

Enfin, il nous arrive de recevoir des personnes **en entretien seulement**. Il s'avère qu'après deux ou trois heures de discussion, elles trouvent l'apaisement et, par conséquent, ne désirent pas entreprendre d'autres démarches. Ces personnes viennent souvent d'apprendre un grave diagnostic ou sombre pronostic ou bien vivent difficilement un deuil et sont habitées d'une détresse et révolte très importantes dont elles ont besoin de partager. (Ce type d'entretien comporte une dimension thérapeutique qui leur permet de commencer un travail sur le plan personnel.)

Il arrive également que des personnes aient des doutes sur le traitement qu'elles reçoivent et / ou pensent avoir été victimes d'une erreur médicale. Dans ce cas précis, nous les invitons à prendre un deuxième avis médical, conformément à la Loi sur la Santé Publique. Il arrive, en certaines circonstances particulièrement graves, que nous leur proposons de s'adresser à une autre instance de recours (expertise extra-judiciaire ou action devant la justice).

En résumé, nous rappelons que notre mission remplit un rôle d'écoute, d'analyse et de gestion des conflits, mais également d'orientation.

Nous respectons la confidentialité et travaillons en totale indépendance.

En plus de la reconstruction du lien social, nous invitons souvent les professionnels de la santé à réfléchir à de nouveaux modes de comportement, de communication et d'organisation sur le plan personnel et structurel.

A l'évidence, notre fonction, telle que nous la concevons et la vivons, intègre une forte dimension psychologique, pédagogique et managériale. Notre expérience diversifiée dans ces différents domaines nous aide indéniablement dans notre activité. Une étude, réalisée au cours de notre dernière formation universitaire, a porté sur la nature de nos accords de médiation. Les résultats font apparaître que la médiation, telle que nous la pratiquons, contribue singulièrement à l'amélioration de la qualité des prestations (au sens large du terme) et au renforcement de la sécurité des personnes soignées.

Les témoignages reçus des usagers et des professionnels, après signature des accords de médiation, confirment ce point.

3. Locaux

Au printemps 2006, des travaux de rafraîchissement des murs ont été entrepris à notre grande satisfaction dans une partie du Bureau. De plus, nos locaux ont été sécurisés, en juillet 2006, suite à une décision du Chef du DSAS, après qu'il eut appris les menaces dont nous avons été victimes en décembre 2005 et au printemps 2006.

Nous sommes donc, à présent, dans un lieu de travail fonctionnel, agréable et adapté à nos besoins. Soulignons que le nouveau dispositif a un effet très dissuasif sur les personnes particulièrement excitées ou réputées comme pouvant être dangereuses.

4. Effectif

Nous avons accueilli une nouvelle collaboratrice en septembre 2006. Il s'agit de Mme Josiane Pache, secrétaire à 50%, qui a remplacé Mme Véronique Desarzens.

Nous avons également accepté une stagiaire de l'Université de Lausanne pour une année. Il s'agit de Mme Mary-Claude Dennler, qui travaille à 50 % et poursuit conjointement ses études de psychologie (3ème cycle). Venant d'être admise à l'Institut Universitaire Kurt Bosch à Sion, elle s'orientera vers le métier de médiatrice, dès octobre 2007.

Ces deux personnes se sont bien intégrées, partagent les valeurs éthiques que nous défendons, respectent rigoureusement le cadre législatif auquel nous sommes soumises et sont très motivées. Elles donnent, en somme, pleine et entière satisfaction dans leur travail.

Nous tenons à préciser que lorsque nous sommes à deux personnes, en séance de médiation, nous accomplissons un travail de meilleure qualité, notamment lorsque nous recevons quatre à huit individus à la fois.

De plus, ce renforcement d'équipe, évite que nous nous retrouvions seule face aux usagers et accroît notre sentiment de sécurité.

Nous sommes toutefois conscientes que cette amélioration n'est que momentanée compte tenu de l'échéance prochaine du contrat de stage de Mme Dennler.

5. Formation en cours d'emploi

Nous avons bénéficié, en qualité de médiatrice, d'une séance de supervision mensuelle en 2006. Nous avons pu travailler sur les aspects techniques du métier mais également sur la gestion du stress.

6. Activité globale

6.1 Prestations réalisées

Médiations directes	36	56
Médiations indirectes	20	
Entretiens	11	44
Entretiens puis orientation vers professionnels de la santé	13	
Entretiens puis orientation vers une autre instance	20	
Orientation immédiate vers une autre instance	52	52
TOTAL	152	152

Nous avons traité globalement vingt-sept plaintes de plus qu'en 2005 et avons réalisé quinze médiations (directes et indirectes) supplémentaires.

Vingt-quatre personnes de plus qu'en 2005 ont été orientées, immédiatement ou après entretien, vers une autre instance vu la gravité des faits mentionnés ou l'impossibilité d'agir en raison de notre mission spécifique. Plusieurs personnes ont été orientées vers la justice de paix ou le tribunal pénal.

Nous avons invité cinq patients de plus qu'en 2005, après entretien, à s'expliquer directement avec leur médecin, sur des points élémentaires concernant leur état de santé et leur traitement. Précisons, à ce propos, que nous leur avons offert la possibilité d'intervenir, en second lieu, en tant que médiatrice, s'ils ne parvenaient pas à communiquer entre eux.

Nous précisons que dix personnes (non comptabilisées) dans le tableau ci-dessus n'ont pas donné suite, après avoir ouvert leur dossier et reçu les informations d'usage.

6.2 Structures et catégories professionnelles mises en cause

Types de structures	Directeurs	Médecins	Infirmières responsables	Infirmières	Équipes pluridisciplin.	Éducateurs	Sécuritas	Totaux
CHUV		7		2			1	10
Hôpitaux Soins aigus		2			1			3
Hôpitaux Soins psychiatriques		7		1				8
EMS	3	1	1	5	2			12
CMS	2		1	2				5
CTR		1						1
Cliniques		4						4
Cabinets médicaux		9						9
Service médecine et psychiatrie pénitent.		1						1
Service santé entreprise		1						1
FAREAS	1							1
Institution pour handicapés						1		1
Totaux	6	33	2	10	3	1	1	56

Les EMS occupent la première place. Leur nombre par rapport à 2005 a augmenté de huit unités. Le CHUV et les hôpitaux psychiatriques prennent la deuxième place, et les cabinets médicaux sont relégués à la troisième place. En 2005, ces derniers occupaient la première place.

Aucune plainte n'a été traitée en médiation avec les médecins dentistes en 2006. Ceci provient d'une nouvelle décision prise par le DSAS, suite à une demande que nous avons exprimée dans notre rapport d'activité en 2005. Un expert en médecine dentaire, M. le Dr Carlos Madrid exerçant à la PMU, a en effet été désigné pour les litiges mettant en cause des professionnels non-membres de la Société Vaudoise de Médecins dentistes.

Ainsi, nous orientons, aujourd'hui, directement les plaignants auprès de cet expert.

Notons que nous avons traité un litige atypique impliquant un patient et pas moins de six catégories professionnelles (médecins, responsable d'équipe de soins à domicile, infirmières, ergothérapeutes, tuteur, éducateurs) issues de différentes structures. Ces professionnels du monde sanitaire et social n'étaient pas d'accord entre eux sur la prise en charge thérapeutique ni sur le maintien à domicile de la personne soignée. Un travail très intéressant a été réalisé, étape par étape, et a donné, après trois mois de discussion et de négociation, d'excellents résultats, et ce, à la satisfaction de tous (y compris bien sûr du patient.)

Nous avons, de surcroît, élargi sensiblement notre domaine d'activité aux institutions pour personnes handicapées et à la FAREAS. Nous n'avons pas rencontré de difficultés particulières à travailler avec le monde des éducateurs et des dirigeants de ces structures. Les problèmes à régler sont identiques à ceux que nous gérons dans le monde de la santé.

Les médecins représentent toujours la catégorie professionnelle de la santé la plus critiquée.

- 10 sont des médecins psychiatres,
- 6 médecins travaillent au CHUV,
- 4 chirurgiens exercent en milieu hospitalier (soins aigus),
- 4 médecins spécialistes travaillent en cabinet privé,
- 4 médecins généralistes travaillent en cabinet privé,
- 1 médecin exerce en CTR.

Les infirmières occupent la deuxième place et sont en plus grand nombre par rapport à 2005 (+10 cas).

Les directeurs se situent en troisième position dans la liste des professionnels de la santé.

6.3 Types de personnes ayant demandé une médiation

CATEGORIE DE PERSONNES	NOMBRE
Patients	35
Familles	19
Associations de patients	1
Equipes soignantes	1
TOTAL	56

Les patients occupent la première place comme en 2005. Les familles arrivent quant à elles en deuxième position. Nous observons un écart de seize unités entre ces deux populations.

Il importe de souligner que les patients se font souvent accompagnés en séance de médiation par une personne de leur famille ou un(e) ami(e) ou encore par un professionnel de la santé qui les suit depuis longtemps et qui a leur confiance (médecin traitant par exemple). Nous rencontrons également, de temps à autre, des assistants sociaux aux côtés des patients.

Dans la plupart des cas, ces professionnels sont aidants pour les deux parties et très constructifs au moment de la recherche de solutions.

Ajoutons que pour la première fois en trois ans, il y a égalité entre les sexes parmi les plaignants.

6.4 Articles de loi non respectés (LSP)

ARTICLES (LSP)	NOMBRE
Article 20a (accompagnement du patient)	1
Article 21 (information du patient)	25
Article 23 (consentement libre et éclairé)	7
Article 24 (accès au dossier)	4
Article 94 et 124 (compétences méd. et inf./atteinte à la dignité)	16
Association de plusieurs articles (21, 23a, 94 et 124)	3
TOTAL	56

L'article 21, relatif au défaut d'information, demeure l'article qui suscite le plus d'insatisfaction chez les plaignants.

Toutefois, nous souhaiterions apporter une nuance sur ce point. Nous nous sommes rendue compte que, dans certaines situations, l'information avait en effet été donnée par certains professionnels de la santé mais la nature même des messages n'avait pas été comprise. Ce phénomène est souvent induit par le stress, à l'annonce d'un diagnostic grave ou d'un pronostic sombre. La non-intégration du message peut se produire également au moment de l'annonce de soins à mettre en place ainsi que dans les situations de placement en EMS. Les personnes éprouvent alors une crainte de ne pas pouvoir faire face à l'événement et au changement et sont momentanément déstabilisées. Elles ne sont donc guère réceptives aux messages transmis et, de ce fait, ne les comprennent pas ou ne les retiennent pas.

Les articles arrivant, en deuxième place, sont les articles liés aux compétences des médecins et infirmières, et à l'atteinte à la dignité de la personne. Comme l'an dernier, nous avons observé que certains patients ont une sensibilité exacerbée en raison de leurs souffrances physiques, mais aussi psychologiques, auxquelles s'ajoutent souvent des blessures antérieures et des échecs sévères. Ceci peut donc parfois augmenter leur sentiment d'avoir été maltraité psychologiquement.

6.5 Résultats obtenus

MEDIATIONS REUSSIES	42
MEDIATIONS NON-ABOUTIES	14
TOTAL	56

Nous avons obtenu un taux de réussite de 75 % cette année.

7. Difficultés rencontrées

7.1 Avec les plaignants

Il nous est arrivé parfois de devoir interrompre les séances car les principes de médiation n'étaient pas respectés en matière de comportement (violences verbales, refus catégorique des explications données, chantage et menaces, par exemple).

En outre, les objectifs annoncés par le plaignant ont parfois évolué en souhaits irrecevables, en cours de médiation. Ainsi, plusieurs demandes d'information se sont transformées en revendication matérielle. Or il est clairement stipulé dans la LSP, et rappelé lors du premier contact avec l'utilisateur, que nous n'intervenons pas en cas de litiges financiers. Il nous arrive, toutefois, de nous trouver face à des personnes manipulatrices et mercantiles qui n'hésitent pas à recourir au chantage. Une attitude ferme s'impose alors.

7.2 Avec certains professionnels de la santé

Nous avons essuyé, parmi les professionnels de la santé, deux refus de venir en médiation. Une équipe a été particulièrement opposée à l'application de la loi. Arguant qu'elle disposait d'une commission de conciliation au sein de sa structure, elle a décliné notre invitation après l'entretien préalable. Au-delà de la méconnaissance de la loi, nous avons constaté, après avoir clarifié notre rôle auprès d'elle, des jeux de pouvoir visant à se soustraire au cadre législatif.

Un établissement hospitalier a, quant à lui, à plusieurs reprises, essayé de faire opposition à la médiation en avançant des arguments discutables ou en procédant à des intimidations perfides. Cette structure sanitaire accepte difficilement que les patients aient de nouveaux droits et supporte mal qu'ils s'adressent à un organe neutre et indépendant.

Un autre hôpital s'est permis d'imposer la présence du juriste de son assurance, en séance de médiation, alors que celui-ci n'était pas du tout prévu. Nous estimons que la loi devrait être corrigée car elle n'est pas suffisamment équitable entre usagers et professionnels de la santé. L'article 15 c stipule que « *la personne qui s'adresse au médiateur se présente personnellement et n'est pas assistée par un mandataire professionnel.* »

Une telle règle devrait s'appliquer également aux professionnels de la santé mis en cause. Dans cette attente, nous avons pris des mesures, en interne, afin d'éviter la reproduction d'un tel incident.

Nous sommes consciente du bouleversement socioculturel que provoque l'introduction des droits des patients chez certains directeurs et professionnels de la santé approchant l'âge de la retraite notamment. La relation « dominant-dominé » demeure encore très ancrée, en divers lieux, et les résistances au changement y sont très présentes.

Néanmoins, la LSP s'applique à tous les secteurs de la santé. Nous entendons assurer notre fonction en totale indépendance de manière à ce que les droits des patients soient respectés, dans l'esprit de médiation et sans aucune restriction ou exception. Il s'agit, pour nous, d'une question d'éthique, d'équité et de responsabilité face :

- à la communauté des personnes malades, invalides ou âgées,

- aux autres professionnels de la santé qui coopèrent au rétablissement du dialogue et de la confiance avec les usagers,
- aux Commissions d'examen des plaintes qui nous ont désignée et aux autorités de l'Etat qui nous ont nommée.

Enfin, nous avons parfois éprouvé un sentiment d'impuissance lorsque nous recevions des plaintes dirigées contre les médecins experts de l'AI. Des attitudes irrespectueuses à l'égard des expertisés nous ont été signalées à plusieurs reprises et celles-ci nous interpellent sur le plan éthique. (Notons qu'il ne s'agit pas d'insatisfaction concernant des décisions d'octroi de rente.)

Il est très regrettable que le Bureau Cantonal de Médiation Santé et la Commission d'examen des plaintes de patients ne puissent agir contre ce groupe professionnel.

8. Information

Nous avons donné 41 conférences sur les droits des patients en 2006, en deuxième partie de journée ou en soirée, afin de ne pas perturber la permanence téléphonique du matin.

Ces 41 conférences font suite aux 74 données en 2004 et 2005. Elles ont été destinées à 9 groupes de population et se répartissent comme suit :

- Hôpitaux	:	3
- Cliniques	:	8
- CMS	:	5
- EMS	:	6
- Associations d'usagers	:	7
- Associations de professionnels de la santé	:	4
- Ecoles	:	3
- Préfectures et municipalités	:	3
- Universités (Lausanne et Lyon)	:	2

Lors de ces rencontres avec les professionnels des établissements de soins tels qu'infirmiers et infirmières, nous avons souvent remarqué que ceux-ci connaissaient l'existence des brochures éditées par Sanimedia. En revanche, ils n'en avaient pas intégré précisément leur contenu.

Dès lors, nous estimons que l'effort de communication et de formation doit être maintenu auprès des équipes opérationnelles.

En novembre 2006, les droits des patients ont été présentés à un groupe de médecins généralistes. Nous avons relevé, à cette occasion, une méconnaissance toute aussi prononcée du chapitre III de la LSP, chez ces praticiens.

Une autre expérience a montré, en décembre 2006, que des obstétriciens / gynécologues ignoraient totalement les modifications de la loi parues en mars 2003. Par conséquent, ils répondaient de manière inadaptée et illicite à leur cliente à propos notamment de l'octroi de leur dossier.

En outre, nous avons observé que, depuis la parution de l'article 24 de la LSP, la tenue du dossier du patient présente des problèmes à certains médecins. Nous avons relevé de nombreuses questions pratiques à propos de la rédaction et de l'imputation des données qualitatives (observations cliniques et notes personnelles). Aussi, estimons-nous qu'il y a encore actuellement un véritable besoin d'information voire de formation à combler quant à la tenue du dossier du patient .

Nous tenons à souligner à ce sujet que nos exposés donnés, ici et là, créent l'envie chez les professionnels de se documenter plus précisément sur tel ou tel article. Directeurs et praticiens, après ces rencontres, nous appellent pour obtenir des compléments d'information, et projets de médiation.

Ceci est donc très stimulant et gratifiant.

9. Accueil et formation de médiateurs stagiaires

De nouvelles demandes de stage nous sont parvenues, comme en 2005, de l'Institut Universitaire Kürt Bosch à Sion mais également du Groupe Pro Médiation à Genève. Nous avons donc accueilli sept médiateurs/trices stagiaires. Tous avaient plus de 35 ans et provenaient de branches professionnelles différentes. Nous avons reçu une assistante sociale, un cadre de santé, un pasteur, deux juristes, une enseignante et une assistante dentaire.

De plus, en novembre 2006, nous avons accueilli séparément, durant une semaine, deux responsables de soins à domicile de Catalogne au bénéfice d'un master en médiation obtenu à l'Université de Barcelone.

Toutes ces personnes ont été très satisfaites de leur stage.

10. Observations et recommandations

Au vu de ce qui a été développé dans ce rapport d'activité, nous nous permettons d'émettre quelques recommandations ou suggestions :

- *Défendre l'approche globale des prestations auprès des personnes soignées et développer la dimension relationnelle des soins. Valoriser des soins non-violents dans tous les secteurs.*

Bon nombre de plaintes pourraient être évitées si les professionnels de la santé accordaient plus d'importance à l'écoute des patients, mais aussi, s'ils leur manifestaient davantage de compassion et leur donnaient des informations appropriées en fonction de leur état.

Nous considérons également qu'un certain nombre de plaintes pourraient disparaître si les relations entre patients et professionnels de la santé étaient à la fois plus ouvertes et plus égalitaires. Ceci générerait également plus de confiance dans les projets de soins entre les partenaires (soignés/soignants.) A ce propos, les formations (initiale et en cours d'emploi) devraient contribuer à ce que les prestations ne se limitent pas, dans certains services, à des soins physiques réparateurs.

- *Assurer des moyens suffisants en dotation et en qualification.*

Il nous paraît crucial d'octroyer des effectifs en nombre suffisant et de développer un niveau de compétences, à tous les échelons, pour répondre aux besoins des patients en soins (sur le plan bio-psycho-sociologique.)

- *Poursuivre l'effort d'information et de formation des professionnels concernant les droits des patients et le rôle des organes de recours.*

Nous continuerons, notre campagne d'information notamment auprès du personnel des EMS et des médecins, en 2007.

Toutefois, il serait judicieux que des actions de plus grande envergure puissent être décidées et réalisées par le DSAS auprès de la communauté des médecins, comme nous l'avions déjà suggéré, l'an dernier.

- *Prendre, au niveau du DSAS, des décisions permettant de faire respecter les règles élémentaires de comportement vis-à-vis des patients handicapés par les médecins experts de l'AI.*

Un travail de réflexion devrait être entrepris par le DSAS avec la direction de l'AI de manière à corriger certains points déficients sur le plan relationnel dans cette structure.

- *Participer à la mise en œuvre de la médiation en faveur des résidents séjournant dans des structures pour handicapés et des professionnels travaillant en contact avec eux*

Comme indiqué l'an dernier, nous sommes prête, si le DSAS nous le demande, à faire profiter la population des personnes handicapées, leurs familles et les professionnels de nos prestations. Une extension de notre activité nous paraît réalisable moyennant quelques ajustements.

Remerciements

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui nous ont permis d'assurer notre fonction de médiatrice tout au cours de cette année. Nous pensons naturellement aux collaborateurs du Service de la Santé publique pour leur précieuse aide sur le plan administratif et logistique.

Nous voulons également exprimer notre vive gratitude aux membres des Commissions des examens des plaintes et en particulier à ses deux présidentes respectives, Mmes Muriel Epard et Claire Charton pour leur confiance, appui et disponibilité.

Nous n'oublions pas M. Daniel Hofmann qui a rempli ses fonctions de président de la Commission d'examen des plaintes concernant les EMS et divisions C d'hôpitaux jusqu'au printemps 2006 et avec qui nous avons collaboré efficacement.

Enfin, notre reconnaissance va à M. Pierre-Yves Maillard, chef du DSAS, en raison de son engagement pour le respect des droits des patients et la dignité humaine. Nous avons apprécié son soutien et sa détermination dans les moments particulièrement délicats que nous avons connus en matière de sécurité.

Lausanne, le 05 mars 2007

Ch. THOUVEREZ
Médiatrice