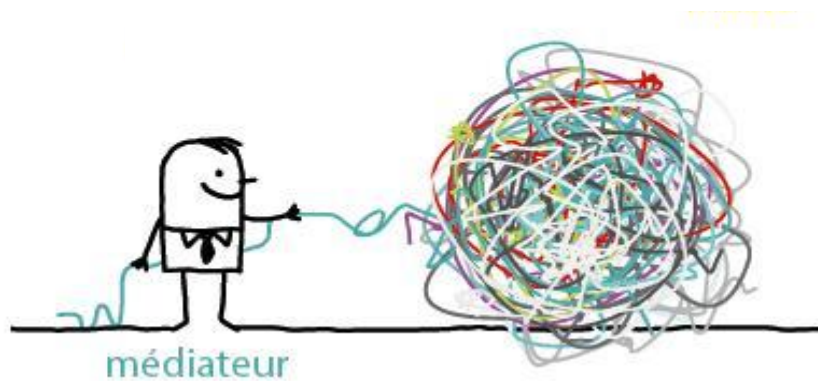


RAPPORT D'ACTIVITE 2015



**« Ecoute et dialogue au service des patients
et de leurs proches »**

Avril 2016

VÉRONIQUE KOLLY & CORINNE HÉRITIER-CASTELLA

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	4
HISTORIQUE ET STRUCTURE	5
ORGANISATION DE L'ESPACE MÉDIATION	5
STATISTIQUES D'ACTIVITÉ	6
DESCRIPTION GÉNÉRALE.....	6
TYPES DE DEMANDES	8
CLASSIFICATION DES DEMANDES	8
ABOUTISSEMENT	10
TYPE DE DÉMARCHES DES CAS ARRIVÉS À L'EM.....	10
TYPE DE DÉMARCHES DES CAS DÉLÉGUÉS PAR LA DIRECTION GÉNÉRALE.....	12
CONTENU DES DEMANDES	13
MÉTHODE	13
TYPE DE PROBLÉMATIQUES.....	14
DISTRIBUTION AU SEIN DES DÉPARTEMENTS.....	15
AUTRES ACTIVITÉS	16
CARTE « VOS IDÉES COMPTENT »	16
ENSEIGNEMENT.....	16
ACCUEIL DE STAGIAIRES	16
SUPERVISION	16
PERSPECTIVES	17
CONCLUSION	18

Remerciements

A tous les patients ou les proches venus à l'espace médiation partager leur expérience hospitalière.

A tous les professionnels des Hôpitaux universitaires de Genève, pour leur compréhension et leur disponibilité dans les situations que nous leur soumettons et de manière plus générale, pour leur précieuse collaboration.

A notre hiérarchie pour la confiance qu'elle nous témoigne et le soutien qu'elle nous apporte.

A notre assistante, Mme Claire Vaussenat Negro pour son soutien à la gestion de la partie courrier de la direction générale.

Historique et structure

En août 2007, le comité de direction et le conseil d'administration des Hôpitaux universitaires de Genève ont décidé de mettre à la disposition des patients et de leurs proches un espace d'écoute et de parole, l'espace médiation (ci-après l'EM), suite à une proposition de projet de deux collaboratrices (auteurs du présent rapport).

Ce lieu est destiné à :

- Offrir aux patients et à leurs proches la possibilité d'exprimer les difficultés ou problèmes rencontrés lors de leur passage à l'hôpital
- Faciliter la communication orale entre les patients et l'institution
- Renouer le dialogue / Restaurer la confiance
- Impliquer les patients dans l'amélioration de la qualité des soins / Partenariat patient
- Sensibiliser les professionnels de la santé et les organes de direction à la perception qu'ont les patients ou les proches du vécu hospitalier / Se mettre à la place de...

Un bureau situé à l'entrée Cluse-Roseraie a été construit et aménagé de manière conviviale afin de pouvoir accueillir, dès le 5 novembre 2007, les premiers visiteurs.

Organisation de l'espace médiation

Depuis 2007, cet « espace d'écoute et de parole » est animé par deux collaboratrices des HUG, les médiatrices de l'EM (1,5 ETP). Fin 2015, trois autres lieux d'écoute similaires ont été ouverts sur les sites de Loëx, Trois-chêne et Bellerive et une nouvelle collaboratrice a été engagée (1 ETP). Nous y revenons plus en détails dans la partie « Perspectives » de ce rapport.

Les médiatrices reçoivent sans rendez-vous pendant les heures de permanence et/ou sur rendez-vous en dehors de celles-ci. Certains cas sont traités par téléphone uniquement. Si un patient ne peut pas se déplacer, la médiatrice se rend au lit du patient, sur les différents sites des HUG.

Les permanences sont assurées toute l'année pendant les jours ouvrables. Les horaires d'ouverture de l'EM, choisis en fonction des disponibilités des patients et des proches, sont les suivants : lundi, jeudi et vendredi : de 13h00 à 16h00 ; mardi : de 10h00 à 13h00 ; mercredi: de 16h00 à 19h00.

Sauf situation particulière, chaque patient ou demandeur est reçu par une seule médiatrice. Elles ont créé une base de données, sous forme de « formulaire patient », qu'elles mettent à jour après chaque entretien.

Depuis le printemps 2014, le traitement des courriers de réclamations adressés à la direction générale (DG, DM, SG) est délégué à l'EM ; de ce fait, un soutien administratif lui a été alloué (0,65 ETP).

Statistiques d'activité

Description générale

Tableau 1 : Description de l'activité de l'EM en 2015

	2015 (N=581)
Demandeur	%
Patient	56
Famille et proches	37
Autres (IRU, Médecin, physiothérapeute, AS...)	7
Contact initial	%
Contact direct à l'espace médiation	37
Contact par téléphone	32
Traitement délégué de la Direction générale (DG, DM, SG)	23
E-mail	3
Via carte de suggestion (guide d'accueil)	3
Courrier	1
Autre	1
Suite donnée au premier contact	%
Entretien immédiat	77
Planification d'un rendez-vous	7
Autre (courrier envoyé, transmis au service....)	16
Nombre d'entretien par situation (avec le demandeur)	%
Situation ayant nécessité 1 entretien	64
Situation ayant nécessité 2 entretiens	14
Situation ayant nécessité 3 entretiens	4
Situation ayant nécessité 4 entretiens et plus	2
Situation ayant nécessité 0 entretien*	16
Nombre total d'entretiens avec les demandeurs	N
Entretiens	649
Stade du séjour au moment de la visite	%
Après une hospitalisation	35
Pendant une hospitalisation	31
Ambulatoire	21
Avant une hospitalisation	2
Entre deux séjours	1
Autre (pas connu, hors HUG...)	10

* Les situations avec « 0 » entretien concernent celles via les questionnaires de satisfaction, email et courrier, où la gestion s'est faite uniquement par écrit et n'a pas abouti à un entretien.

Du 1^{er} janvier au 31 décembre 2015, l'EM a ouvert 581 dossiers, soit 24 de plus qu'en 2014. Chaque dossier se rapporte à un patient, même si c'est un membre de la famille, un proche ou un tiers professionnel qui est « demandeur ». Dans un peu plus de la moitié des cas, c'est le patient qui est demandeur. Les situations dans lesquelles le demandeur est un tiers professionnel (soignant, médecin, assistante sociale, administration...) ont régulièrement augmenté de 2008 à 2012 (4% vs 12%) pour se stabiliser depuis 2013 à un peu moins de 10%. Cela montre le développement, au fil des années, d'une meilleure connaissance, compréhension et confiance dans les activités de notre service, avec pour résultat l'appel de

ces professionnels soit pour nous adresser un patient, soit pour une demande d'aide concernant des situations difficiles avec des patients.

Le contact initial est le plus souvent direct, par téléphone ou à l'EM (69%). La proportion de situation initialement adressée par la Direction générale est en légère augmentation en 2015 (23% vs 19% en 2014).

Un entretien a souvent lieu à la suite du premier contact (77%); la catégorie « Autre » comprend la gestion par écrit des doléances via les questionnaires de satisfaction, e-mails ou courriers.

Le stade du séjour au moment de la visite révèle que plus de la moitié des situations 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 réagir rapidement.

Les situations, dans leur grande majorité, sont réglées après un, voire deux entretiens avec le demandeur (78%). Celles ayant nécessité un nombre d'entretiens plus élevé sont toujours peu nombreuses. Le nombre total d'entretiens avec les demandeurs s'élève à 649 pour l'année 2015 ; ce chiffre ne comprend pas les entretiens avec les professionnels.

Le premier entretien est généralement assez long (45 minutes à 1h30). En effet, lorsque le patient ou ses proches viennent à l'EM, ils sont souvent fâchés, en colère ou indignés. Cet « espace de parole » permet de légitimer 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 (rarement exprimés au premier abord) et les attentes ou objectifs recherchés pour obtenir, au final, une demande plus claire. Cette phase est essentielle, elle facilite l'élaboration avec les patients ou les proches d'une « stratégie » permettant d'apporter une solution ou des réponses à leur demande.

Dans cette optique, il est important de rappeler que les médiatrices ne dissuadent jamais un patient ou une famille de déposer une plainte « formelle » et les informent des différentes démarches existantes (commission de surveillance, plainte pénale, expertise extrajudiciaire, OSP, etc.) ainsi que de la possibilité d'écrire à la direction générale ou au service juridique. 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 le plaignant se sent écouté et pris en considération.

Il est à noter que l'EM de Cluse-Roseraie est équipé d'une touche sur le téléphone permettant l'appel direct du service de sécurité en cas de besoin, les médiatrices étant souvent seules avec le patient ou la famille. Celui-ci a déjà été utilisé à plusieurs reprises depuis 2007.

De manière générale, les médiatrices ne rencontrent pas de problèmes de communication avec les patients ; ceux qui ne peuvent s'exprimer aisément viennent le plus souvent accompagnés d'un proche. Si besoin, il est fait appel au service d'interprétariat de la Croix Rouge ou à un collaborateur en interne mais également au service de la fondation « Procom » (interprétariat en langue des signes).

Types de demandes

Classification des demandes

Pour définir aussi précisément que possible le type de demandes traitées à l'EM, nous avons établi la classification suivante :

- **Souhait de plainte** : cette catégorie comprend toutes les situations dans lesquelles les demandeurs sont très insatisfaits et parlent spontanément d'un dépôt de plainte à un niveau juridique, menacent d'alerter la presse ou exigent 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 nous font part de difficultés ou d'incompréhensions se traduisant par une insatisfaction. Celle-ci sont dites « expressive » lorsque le demandeur a simplement besoin de les exprimer, ne demandant 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 situations qui se présentent 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 patients 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** : cette catégorie comprend les situations où les patients ou les proches viennent nous parler de leurs difficultés et de leur souffrance face à la maladie, l'hôpital étant inhérent à ce genre de situations. Ces moments de partage permettent au patient ou à la famille 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, les patients ou leurs proches sont orientés vers une personne plus adaptée (psychologue, médecin traitant, association...).
- **Question / Conseils** : cette catégorie comprend toutes les situations où les patients 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.
- **Suggestion** : cette nouvelle catégorie a été introduite en 2013. En effet, le nouveau guide d'accueil met à disposition des patients une carte intitulée : « Vos idées comptent ».

Ces différentes catégories de demandes sont classifiées dans le tableau ci-après.

Tableau 2 : Distribution des demandes reçues à l'EM selon leur classification

	2015 (N=581)
Type de demande	%
Réclamation avec « demande »	38
Réclamation « expressive »	33
Question / Conseils	12
Soutien moral	7
Suggestions	2
Félicitations	1
Souhait de plainte	1
Autre	6

Ce tableau représente la classification des demandes à la fin du 1^{er} entretien, lorsque le besoin est bien compris. Les insatisfactions ou réclamations représentent, en 2015, un peu moins des trois-quarts des situations (72%), résultat stable par rapport aux années précédentes.

La catégorie « Question / conseil » représente 12% des situations. En 2014, une analyse du type de question avait été fait ; la majorité de ces questions étaient 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 « Autre », 6% des situations ne peut 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*¹.» 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*².» Certaines pathologies psychiatriques comme la schizophrénie ou la dépression, empêchent « *la personne de faire face*³.» A. Stimec parle de l'existence de personnalités difficiles : « *structurellement difficiles ou simplement de manière temporaire ou contextuelle*⁴.» 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.

¹ A. Pekar Lempereur & Cie, « Méthode de médiation », Dunod, 2008, p. 36

² Ibidem

³ Ibidem

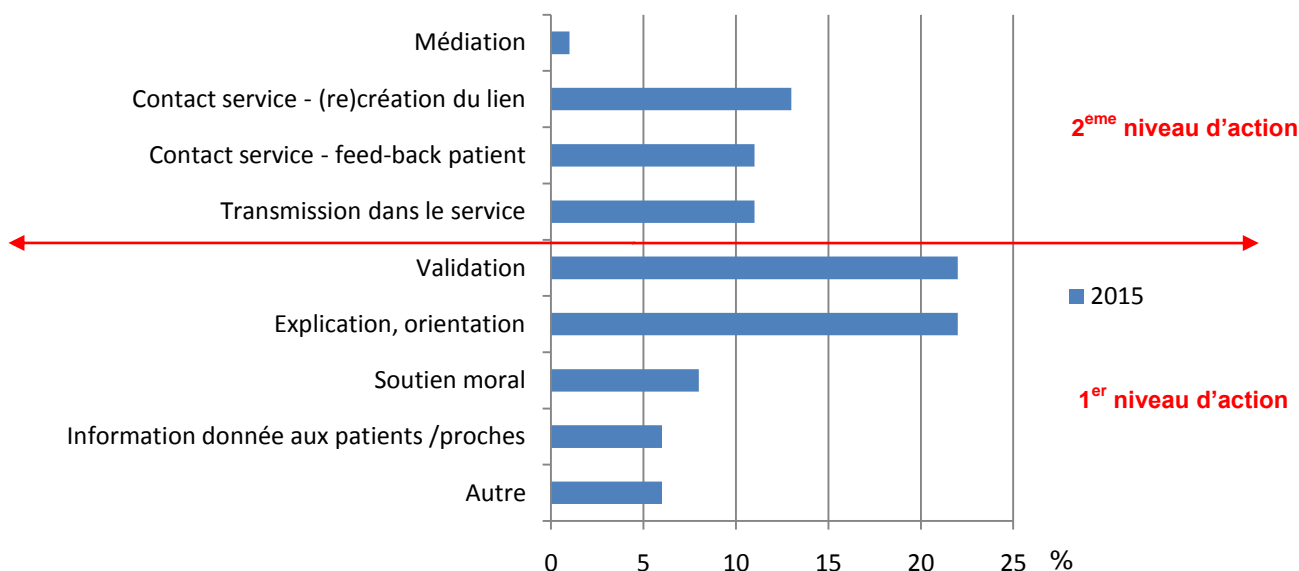
⁴ A. Stimec, « La médiation en entreprise », Dunod, 2011, p. 177

Aboutissement

Les démarches initiées à la suite des différentes demandes ont été observées et catégorisées à partir de 2012 afin de mieux percevoir la finalité des situations. Les situations déléguées par la DG ont été exclues de cette analyse, la gestion et la finalité étant un peu différentes ; celles-ci sont détaillées plus loin dans ce rapport.

Type de démarches des cas arrivés à l'EM

Graphique 1 : Distribution du type de démarches en 2015 (N=445*)



* Seules les situations reçues directement à l'EM ont été incluses dans cette analyse.

Tout d'abord, nous pouvons observer qu'il y a comme une évolution graduelle dans le type d'actions entreprises : un premier niveau où, **écouter, expliquer, soutenir et orienter** suffit pour que la problématique disparaisse et un deuxième niveau, où **un contact** avec le service est nécessaire pour que la problématique soit réglée.

Les résultats nous montrent également que les services sont contactés dans un peu plus d'un tiers des cas (37 %). Il est important de préciser que la décision de contacter le service ou pas se fait toujours en accord avec le patient et principalement en fonction du type de demande. A noter que dans 6 situations, c'est le service lui-même qui a fait appel à l'EM (demande de conseils ou d'intervention).

Dans le **premier niveau d'action**, la démarche nommée « *Validation* » comprend toutes les situations dans lesquelles les demandeurs nous font part de difficultés ou d'incompréhensions se traduisant par une insatisfaction. Ils ressentent le besoin de le partager mais ne demandent en général rien d'autre qu'une écoute et parfois que cela soit utile à d'autres. A ce sujet, il est important de rappeler l'importance de considérer certaines plaintes comme un « besoin d'expression du patient ». En effet, beaucoup de patients ont pour seule motivation de s'exprimer par rapport à l'expérience de la maladie et des différents soins reçus ; « *ce besoin ne réclamant qu'une écoute et rien d'autre* ». Le fait de créer des espaces de paroles ayant pour seul but l'expression des patients permet de ne pas négliger ce besoin très particulier⁵. Ce type de besoin représente 22% des cas.

La catégorie appelée « *Explication, orientation* » concerne les patients ou les proches venant vers nous passablement désorientés ; ils ne savent pas vers qui se tourner ou que

⁵ Résumé d'un atelier du CCECQA : Les réclamations : des modalités actuelles de traitement vers une politique clientèle.

faire, l'hôpital étant un monde inconnu pour eux et où 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*⁶. »

De manière générale, nous essayons toujours d'encourager les patients ou les proches à s'adresser directement aux professionnels vers lesquels nous les orientons. C'est aussi une manière de responsabiliser chacun des acteurs. Nous les incitons par exemple à poser directement des questions au médecin ou à l'infirmière. Si les informations reçues ne sont pas claires, si des doutes subsistent, que ce soit sur la prise en charge, le diagnostic ou le retour à la maison, nous leur expliquons qu'ils peuvent en parler, par exemple, à l'IRU (Infirmière responsable d'unité) qui pourra organiser un rendez-vous avec l'interne ou le chef de clinique. 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 ; d'après lui, le dialogue direct « *est essentiel au moins à un double titre : (1) préserver l'autonomie et la crédibilité des acteurs et (2) préserver la responsabilisation*⁷. » Ceci évite de mettre en échec, dès le départ, les acteurs naturels. Il ajoute que la responsabilisation permet d'éviter que le système ne serve de « *poubelle, d'espace pour refiler des singes*⁸. »

Enfin, le « *Soutien moral* » concerne, quant à lui, les patients ou les proches ressentant le besoin de parler de leurs difficultés et de leur souffrance face à la maladie.

Lorsque l'on se trouve dans le **deuxième niveau** d'action où un contact est pris avec les services, il s'agit, parfois, de la simple annonce d'une problématique, soit à la demande du patient soit lorsque qu'elle nous semble utile à signaler dans une perspective d'amélioration. Ces dernières sont anonymes, ou nominatives si le patient le souhaite; c'est ce que nous nommons « *Transmission dans le service* ». Cela concerne surtout les situations où une insatisfaction est exprimée par écrit (courrier ou carte de suggestion) et dans laquelle il n'y a pas de demande particulière.

Dans d'autres situations, un contact plus ciblé avec un interlocuteur est nécessaire.

Trois cas de figures se présentent alors:

1. Soit l'entretien avec le professionnel apporte directement les réponses nécessaires, nous faisons alors un feed-back au patient ou aux proches (11%).
2. Soit notre prise de contact dans le service permet la création ou la recréation d'un lien direct entre le professionnel et le patient ou les proches (13%).
3. Soit, il conduit à une médiation, c'est-à-dire, une rencontre directe entre le(s) professionnels et le patient et/ou la famille à l'EM (1%).

Il est intéressant de relever qu'à chaque phénomène observé, peu donnent lieu à de « véritables » médiations (c'est-à-dire une rencontre entre le(s) professionnels et le patient et/ou la famille à l'EM, avec une médiatrice). En effet, une rencontre ou un contact direct entre les deux parties concernées s'avèrent très souvent possible. En effet, le fait que le patient ou la famille passent par l'EM « prépare le terrain » et agit déjà dans le positionnement naturel de chacun les amenant à une meilleure intercompréhension. Il est, dès lors, beaucoup plus facile pour les parties de se parler.

⁶ 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

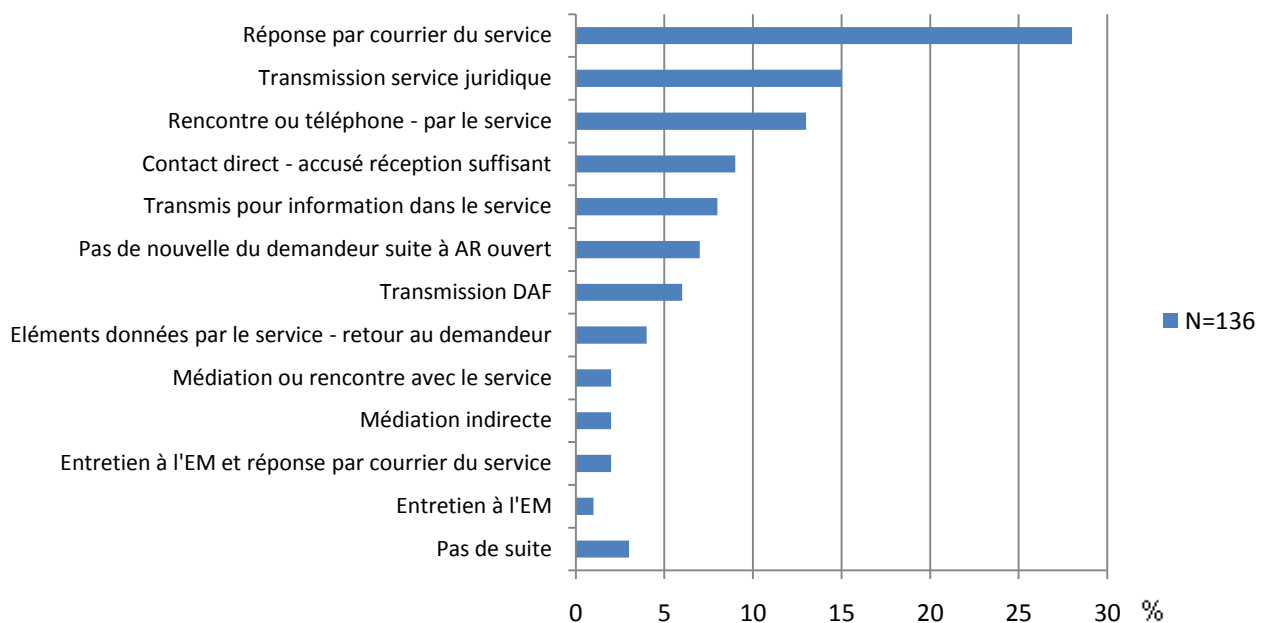
⁷ A. Stimec, « La médiation en entreprise », Dunod, 2011, p. 181

⁸ Ibidem

Enfin, ce qu'il est important de souligner, c'est qu'en prenant contact avec la filière médicale, infirmière ou hors-soins (administratif, technique...), nous les sensibilisons au vécu et au ressenti des patients. Souvent, ils n'ont que l'instantané d'une situation difficile. La médiatrice de l'EM, par le biais du témoignage, en a le film complet. L'enchaînement de petites choses remis dans le contexte de la trajectoire du patient au sein de l'hôpital permet généralement une meilleure compréhension de sa colère, de son souhait de plainte ou de son sentiment d'insécurité permettant, in fine, la facilitation de leur résolution.

Type de démarches des cas délégués par la direction générale

Graphique 2 : Distribution des démarches finales pour les cas délégués par la direction générale (DG, DM) (N=136)



Ce graphique décrit les démarches finales dans la gestion des situations déléguées par la direction générale (courrier, e-mails ou parfois téléphone).

Pour chaque situation, les médiatrices téléphonent, dans la mesure du possible, aux demandeurs afin d'accuser réception au nom du directeur général (dans un délai d'environ 48 h). Ce premier contact direct et rapide permet, comme dans les cas reçus à l'EM, une meilleure compréhension de la demande et des attentes. La réponse est alors plus adaptée ; la variabilité des démarches finales en est l'illustration.

Par exemple, le contact direct lors de l'accusé réception suffit dans un peu moins de 10% des cas ; soit la situation a déjà pu être réglée dans le service (simultanément), soit les médiatrices ont pu donner des explications ou répondre à des interrogations ou, dans certains cas, le demandeur avait juste besoin d'exprimer un coup de colère et ne souhaite pas aller plus loin. Dans 8% des cas, le demandeur ne souhaite pas de réponse, le courrier est transmis alors pour information au service concerné.

Une médiation directe ou indirecte a lieu dans 4% des situations, permettant d'apporter des réponses. Dans 3% des cas, un entretien a lieu à l'EM ; il s'agit, dans la plupart des cas, de courriers adressés par la famille, à la suite du décès d'un de leurs proches aux HUG. Ils expriment parfois une certaine déception ou le sentiment qu'il y a eu des dysfonctionnements ou des manquements. L'entretien permet de valider l'expression d'une souffrance et de mettre les événements en perspective.

Contenu des demandes

Méthode

Seules les situations comprenant une plainte ou une insatisfaction ont fait l'objet de cette analyse. Toutes les problématiques exprimées durant un entretien sont relevées et codées, sans priorisation particulière. Par exemple, un problème de nourriture ayant été exprimé au cours d'un entretien sera codé de la même manière que le fait de n'avoir jamais réussi à voir le chirurgien pour avoir des explications sur une intervention chirurgicale, même si cette dernière est celle ayant amené le patient à venir à l'EM. Cela permet de faire ressortir de manière exhaustive toutes les problématiques relevées par les patients.

Cette analyse nous renseigne sur les raisons pour lesquelles les patients viennent nous voir, montrant par là ce qui est important pour eux. Les faits rapportés par les patients comportent, évidemment, une part subjective mais pas seulement. De nombreux éléments restent très factuels.

Il est important cependant de préciser que les problématiques relevées ne sont pas pour autant toujours 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 patients sur l'ensemble de ceux traités dans un service.

Ce type d'exploitation est surtout utile pour « *détecter les problèmes récurrents dont les usagers 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 réclamations⁹. 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.

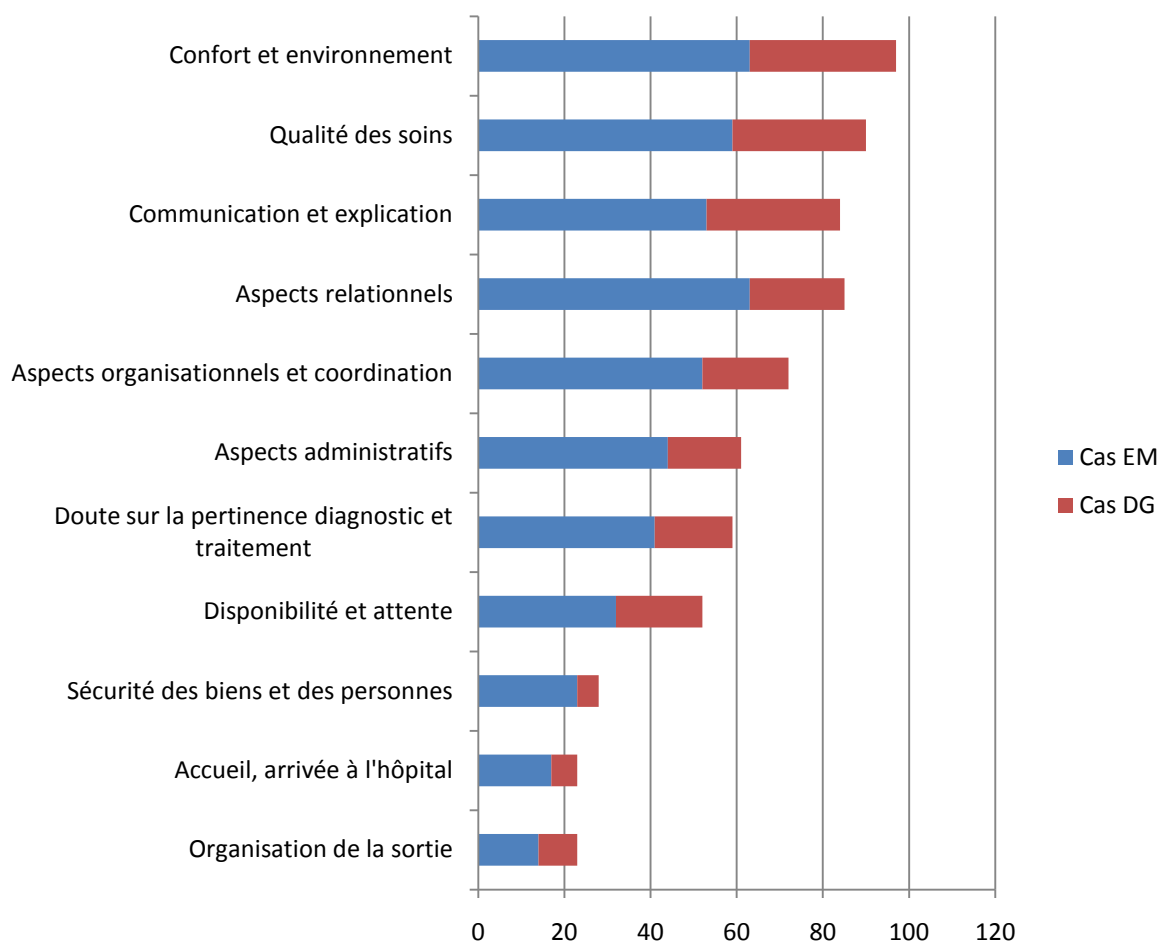
Cependant, ce type d'analyse ne remplace pas la force des témoignages individuels et les contacts fréquents avec les services pour chaque cas particulier, aboutissant dans certains cas sur des changements concrets de pratique.

⁹ Usagers, vos droits : Guide méthodologique.

Type de problématiques

Pour ce rapport, les catégories ont été calculées pour l'année 2015. Ce graphique permet d'avoir une vision d'ensemble des catégories posant le plus problème.

Graphique 3 : Distribution des problématiques relevées en 2015 (N=415*)



* Ce chiffre comprend le nombre total de réclamations et de souhaits de plaintes en 2015. Les situations peuvent contenir une ou plusieurs problématiques et concerner plusieurs services.

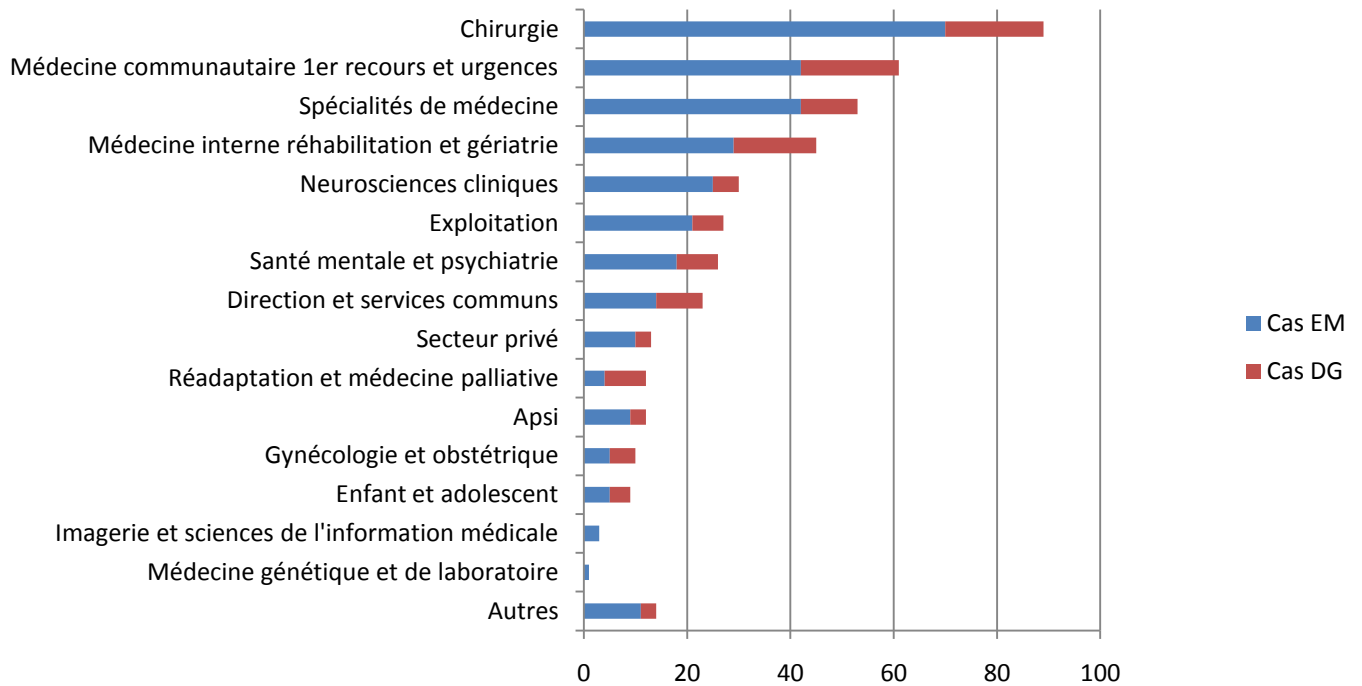
Il est important de rappeler que pris indépendamment, la plupart des problèmes relevés par le patient ou la famille sont considérés comme acceptables. Cela devient problématique lorsqu'il y a un enchaînement d'évènements indésirables et pas ou peu d'explications. C'est à ce moment là que le patient, ou sa famille, vient à l'EM. C'est un peu comme « je viens poser ce que j'ai sur le cœur pour continuer d'avancer. Et tant mieux si cela peut vous aider à améliorer certaines choses ».

De manière générale et depuis l'ouverture de l'EM, les analyses montrent que ce sont les problématiques liées **aux relations interpersonnelles et à la communication** au sens large ainsi qu'aux **soins** prodigués qui viennent en première place.

Cependant, depuis 2014, on observe une augmentation des problématiques en lien avec le confort et l'environnement, qui se retrouve, pour la deuxième année consécutive en première position. Les analyses détaillées montrent qu'il s'agit principalement de problématiques liées à l'équipement (vétusté des douches, sifflement des fenêtres...), la propreté et la promiscuité. Ces problématiques vont probablement diminuer avec le transfert d'une partie de l'activité dans le nouveau bâtiment des lits.

Distribution au sein des départements

Graphique 5 : Distribution des plaintes et réclamations par département et par ordre décroissant (N=415*)



* Ce chiffre comprend le nombre total de réclamations et de souhaits de plaintes en 2015. Une situation peut concerner un ou plusieurs services.

Ce graphique présente la distribution des réclamations et des plaintes reçues à l'EM en 2015 pour chaque département. Le nombre de situations varie probablement en fonction de la taille et des activités propres à chaque département.

Autres activités

Carte « Vos idées comptent »

La gestion des retours et l'analyse de la nouvelle carte de suggestion intitulée « Vos idées comptent » du nouveau **Guide du patient** est sous la responsabilité de l'EM. L'objectif principal de cette carte est de donner l'occasion aux patients et aux proches de proposer des idées pouvant nous « *aider à améliorer la qualité de notre service* ». Chaque carte reçue est numérotée puis examinée (contenu) et traitée selon les besoins.

En 2015, 36 cartes ont été retournées (29 en 2014 et 41 en 2013) par les patients ou les proches. Ces dernières n'existent plus dans la nouvelle version du guide d'accueil (septembre 2015) en raison du très petit nombre de cartes retournées. Les cartes de suggestion ont dès lors été distribuées au service d'accueil de Cluse-Roseraie qui les donne aux personnes qui en font la demande. Une réflexion est en cours quant à la mise à disposition de cette carte de suggestion dans tous les services d'accueil des HUG. Elle s'inscrit dans le cadre du projet stratégique « Patients partenaires ».

Enseignement

Depuis 2008 / Intervention annuelle dans le « Certificat de Formation Continue Universitaire en Qualité des Soins » / Module : Perspectives patients / Faculté de médecine Genève et Vaud

2015 / Intervention de deux heures à la Haute Ecole de Santé (HEDS) / Cours responsabilité infirmière et médiation / Etudiants infirmiers bachelor.

Accueil de stagiaires

Depuis l'ouverture de l'EM, de nombreuses demandes de stage nous ont été faites par des étudiants suivant une formation en médiation. La présence d'un stagiaire à un entretien fait toujours l'objet d'une demande formelle auprès du demandeur s'adressant à l'EM. Une clause de confidentialité est prévue dans tous les cas. Seul un nombre limité de stage est accepté, principalement pour des raisons de temps et de disponibilité des médiatrices. En 2015, nous n'avons accepté aucun stagiaire. En revanche, plusieurs personnes formées en médiation et intéressées par notre activité nous ont sollicitées et ont été reçues pour un entretien. Pour 2016, un stage d'observation est déjà planifié en septembre.

Supervision

Une supervision est en place depuis l'ouverture de l'EM. Elle a pour objectif d'avoir un temps de réflexion sur la pratique quotidienne des coordinatrices en lien avec des concepts théoriques.

Le temps passé en supervision s'élève à 10 heures par année.

Perspectives

Dès son ouverture en 2007, l'EM a été à la disposition de tous les patients des HUG et de leurs proches, les médiatrices se déplaçant à la demande, sur les différents sites. Néanmoins, l'institution a souhaité développer et faciliter l'accès à cette prestation (EM) pour les patients hospitalisés sur les différents sites. Pour ce faire, depuis le 1^{er} octobre 2015, trois nouveaux lieux d'écoute (EM) ont été créés à l'hôpital de Loëx, à l'hôpital des Trois-chêne et à l'hôpital de Bellerive, avec l'engagement d'une nouvelle collaboratrice. Les premières semaines de son activité ont été dévolues à une prise de contact auprès des départements concernés (visite des unités, rencontre des cadres, participation à des colloques, etc) et à l'aménagement des locaux. Rapidement, des patients sont venus pour des entretiens, surtout sur le site des Trois-chêne. L'activité a réellement démarré en janvier 2016 et une analyse de celle-ci sera intégrée dans le rapport 2016.

Depuis 2014, les courriers de réclamations des patients et des proches adressés à la direction générale sont traités par l'EM. Les objectifs sont de raccourcir les délais de réponse en contactant rapidement les patients ou les proches par téléphone mais surtout de privilégier le contact humain. Ce premier contact téléphonique est très apprécié des patients et des proches. Il a pour avantage, grâce au dialogue, d'aller au-delà de l'écrit, de mieux comprendre les demandes et de cerner les besoins. De fait, il est ainsi, plus facile pour le service de répondre, tant sur le fond, que sur la forme (rencontre, lettre, téléphone) et de satisfaire au mieux les demandeurs. Par ailleurs, après chaque contact, nous leur donnons notre nom et notre numéro de téléphone et les encourageons à nous recontacter si nécessaire. Un lien direct est ainsi créé entre l'institution et les patients ou les proches. D'autre part, l'accès aux courriers des patients permet aux médiatrices d'avoir une vision plus globale des insatisfactions décrites par les patients ou les proches. De plus, depuis fin 2015, l'EM rédige un rapport succinct tous les 4 mois à l'attention du Directeur général permettant d'attirer son attention sur un certain nombre de problématiques (récurrentes, interpellantes...).

Dans le cadre du **plan stratégique 2015-2020**, l'EM a été sollicité afin d'être impliqué dans plusieurs projets, en particulier le 01 « *Patients Partenaires* ». Ce dernier est en lien direct avec l'une des missions de l'EM qui, pour rappel, est « *d'impliquer les patients dans l'amélioration de la qualité des soins / faire du patient un partenaire* », ce, depuis 2007. En effet, les patients sont extrêmement attentifs à ce qui se passe autour d'eux et captent des éléments qui, parfois, n'ont pas été vus par les équipes. Leurs témoignages peuvent induire des corrections et des améliorations dans les services, inscrivant ainsi l'activité de l'EM dans les démarches qualité voulues par les HUG. Il en résulte un renforcement de la confiance de la population dans ses établissements publics de soins.

Pour le surplus, signalons qu'une réflexion est en cours avec le DMIRG concernant les situations de violence exercées sur des soignants et le soutien que pourrait apporter l'EM dans ces situations.

Enfin, en lien avec le nouveau bâtiment des lits (BDL2), l'EM participe à la réflexion d'un futur espace d'information et multimédia, de détente, d'écoute et de médiation, destiné aux patients et à leur famille. Cet espace se trouvera au niveau 1 du BDL2 et sera très visible et facilement accessible aux patients et aux visiteurs. L'EM, actuellement situé à l'entrée de l'hôpital Cluse-Roseraie, déménagera dans ce nouvel espace. Ce projet est enthousiasmant et ouvre de nouvelles perspectives pour l'activité de l'EM.

Conclusion

« Bien souvent, la responsabilité des difficultés est partagée. Il existe des patients dont les comportements sont inacceptables, comme il existe des soignants inadéquats et des modes d'organisation du travail qui s'opposent à l'établissement de relations constructives. Taire ces réalités retient les professionnels de la santé de demander de l'aide (...). Surtout, ce silence empêche les patients impliqués de recevoir l'écoute et la compréhension nécessaire¹⁰. »

Les nombreuses visites des patients et des proches depuis 2007 à l'espace médiation prouvent à quel point l'existence d'une telle structure est importante. Elle permet une réelle prise en considération du vécu du patient et de son rôle de partenaire dans les soins. Les patients sont souvent dans une situation critique, atteints d'une maladie grave avec un pronostic défavorable. L'atteinte éprouvée est toujours vive, celle de l'entourage familial aussi. Nous avons vu que le fait d'accueillir et d'écouter les patients permettait 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, facilitait l'orientation vers une proposition adaptée.

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 tous les partenaires sont à même de créer une substance, où un échange peut exister et faire apparaître les différents niveaux de communication de chacun. L'expérience nous montre, d'ailleurs, qu'il s'agit bien souvent de malentendus et d'incompréhensions entre les différents acteurs ; les expliciter, les traduire, y répondre permet d'avoir une meilleure compréhension des réalités de chacun.

Nous avons pu observer lors de nombreux contacts avec les professionnels, 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 patients et des proches, sa disponibilité et sa présence sont essentielles dans la prévention et la gestion de conflits pouvant apparaître durant une hospitalisation.

Enfin, il est important de rappeler que le nombre de plaintes reçu dans un établissement n'est pas un bon indicateur de la qualité des soins car il est influencé par de nombreux facteurs¹¹. Par exemple, une information diffusée auprès des patients les encourageant à exprimer leur mécontentement (tel que l'EM) va de facto faire augmenter le nombre de plaintes. A contrario, un petit nombre de plaintes ne veut pas forcément dire que les soins sont de bonne qualité. Les plaintes peuvent être vues comme une charge ou au contraire, comme un outil donnant une opportunité de s'améliorer. Depuis l'ouverture de l'EM en 2007, nous avons observé un changement de culture : les réclamations des patients sont mieux « acceptées et comprises » par les acteurs concernés.

A noter enfin que les modalités de gestion des plaintes et des réclamations au sein des HUG restent variables et dépendent du lieu de réception de la plainte. Les réflexions en cours sur la qualité sont de tendre vers une centralisation des différentes données (plaintes,

¹⁰ C. Curchod « Relations soignants-soignés, prévenir et dépasser le conflit », Elsevier Masson, 2009, p.1

¹¹ Van der Wal G., Lens P. « *Handling complaints in Hospitals* » Health Policy 31 (1995) 17-27

réclamations, EIG, incident...) afin d'avoir un système de gestion des plaintes et des réclamations aux HUG plus global et transversal permettant d'améliorer la qualité des soins dans un processus continu.