

REVUE MÉDICALE SUISSE

WWW.REVMED.CH

23 mars 2022

774

MÉDIATION HOSPITALIÈRE

EFFICACITÉ THÉRAPEUTIQUE DES DOLÉANCES À L'HÔPITAL

Améliorer les soins grâce aux plaintes
des patients

Médiation en milieu hospitalier

Fin des pouvoirs souverains et
émergence du droit des malades

Médiation et procédure judiciaire

La médiation, une réponse aux attentes
des patients

Critiques de la biomédecine et quêtes
de reconnaissance des patients

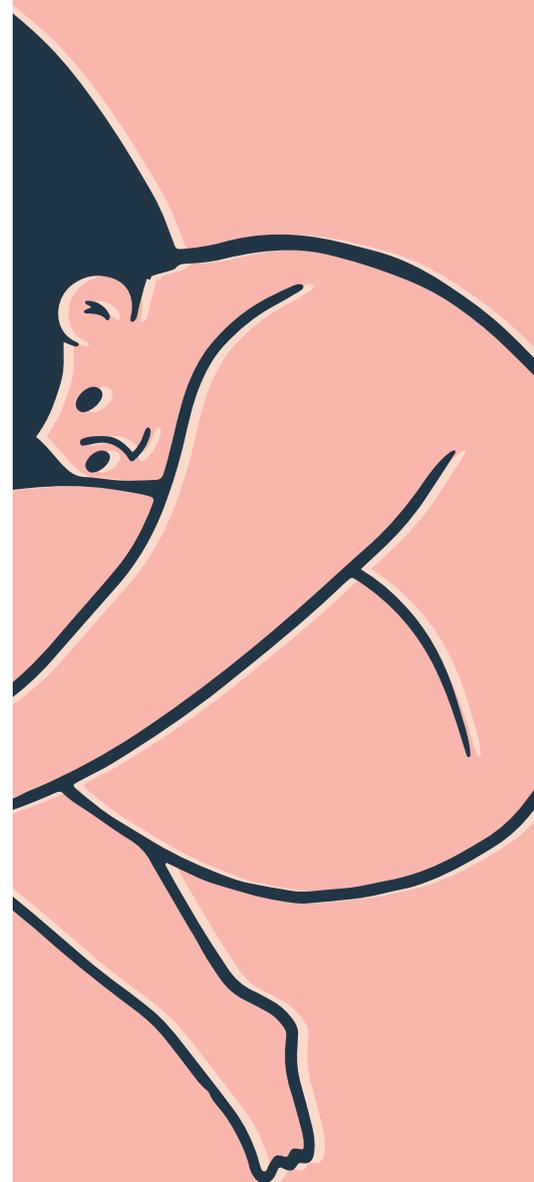
Violence(s) à l'hôpital

Défaire le patient et le soignant
pour faire le soin

Tiré à part
Volume 18
ISSN 1660-9379

M.H
MÉDECINE & HYGIÈNE

RMS



ÉDITORIAL

537 Efficacité thérapeutique des doléances à l'hôpital. *B. Schaad*

MÉDIATION HOSPITALIÈRE

539 Un hôpital peut-il améliorer ses soins grâce aux plaintes des patients? *B. Schaad*

542 Médiation en milieu hospitalier: aspects pratiques. *L. Zighetti*

545 Remarques sur la fin des pouvoirs souverains et l'émergence du droit des malades. *R. Rechtman*

547 Médiation et procédure judiciaire: les fausses sœurs. *C. Von Ballmoos et C. Von Rotz*

550 La médiation, une réponse aux attentes des patients. *L. Flora*

552 Critiques de la biomédecine et quêtes de reconnaissance des patients. *F. Panese*

555 Violence(s) à l'hôpital. *T. Currat*

558 Défaire le patient et le soignant pour faire le soin? *J.-P. Pierron*

Impressum

Revue Médicale Suisse | Chemin de la Mousse 46 | CP 475, 1225 Chêne-Bourg | Tél. 022 702 93 11 | www.revmed.ch

ÉDITION

Médecine et Hygiène,
société coopérative;
www.medhyg.ch
Président du Conseil d'administration:
Dr Bertrand Kiefer
Directeur: Michael Balavoine
Directrice adjointe: Marion Favier

RÉDACTION

Rédacteur en chef: Dr Bertrand Kiefer
Rédacteurs en chef adjoints:
Pr Alain Pécoud et Dr Pierre-Alain Plan
Secrétaires de rédaction:
Chantal Lavanchy (resp.),

Joanna Szymanski et Dominique Baud
Fax rédaction: 022 702 93 55
E-mail: redaction@revmed.ch
Publicité: Michaela Kirschner (resp.)
et Jeanine Rampon
Tél. publicité: 022 702 93 41
E-mail: pub@medhyg.ch
Responsable web:
Dr Pierre-Alain Plan
E-mail: webmaster@revmed.ch
Préresse:
Frédéric Michiels (resp.),
Impression: AVD Goldach AG

ABONNEMENTS RMS

Tél.: 022 702 93 11
E-mail: abonnement@revmed.ch
Suisse: Papier + numérique: CHF 210.-
100% numérique: CHF 170.-;
Étudiants: 100% numérique
(sur justificatif): CHF 80.-
Étranger: Papier + numérique: 260 €
100% numérique: 150 €
Étudiant: 100% numérique
(sur justificatif): 75 €
Institutions: Contactez
marketing@medhyg.ch ou appelez le
+41 22 702 93 41 afin d'obtenir une
offre sur mesure.

Organe officiel de la Société médicale
de la Suisse romande (www.smsr.ch)
Revue officielle de la Société suisse
de médecine interne générale
La Revue Médicale Suisse bénéficie
d'un soutien de la FMH (Fédération
des médecins suisses)

Indexée dans:

- MEDLINE/PubMed
- EMBASE/Excerpta Medica
- EMCare
- Scopos

Médecine et Hygiène édite aussi
le site de santé grand public:
www.planetesante.ch



Articles publiés
sous la direction de

BÉATRICE SCHAAD

Professeure titulaire
à l'Institut des
humanités en
médecine CHUV/UNIL
en charge de l'étude
des relations entre
patients et
professionnels à
l'hôpital

Cheffe du Service de
communication

Centre hospitalier
universitaire vaudois
Lausanne

Efficacité thérapeutique des doléances à l'hôpital

Pre **BÉATRICE SCHAAD**

Rev Med Suisse 2022; 18: 537-8 | DOI : 10.53738/REVMED.2022.18.774.537

Glissées sous le tapis: c'est le destin usuel qui était encore jusqu'à récemment réservé aux doléances des patients adressées aux soignants ou aux directions des hôpitaux. Sources de culpabilité, voire de honte, elles étaient fréquemment banalisées, voire dissimulées plutôt qu'analysées de façon systématique. Deux facteurs ont permis de les considérer enfin comme des sources importantes d'informations sur les manquements d'un hôpital et d'en tirer profit pour améliorer les prises en charge.

Premièrement, l'analyse qui en était faite était injuste et sans rapport avec la réalité complexe d'un suivi hospitalier. Ciblant spécifiquement un ou une professionnelle de la santé, la récrimination était vécue par ces derniers comme un vecteur de dénigrement personnel, quelle que soit leur fonction ou leur discipline. On les comprend! Car si la médecine progresse continuellement, l'organisation des prises en charge se complexifie et se fragmente simultanément. Celles-ci requièrent la présence autour du patient d'intervenants de plus en plus nombreux – entre 44 et 75 selon les études. La fragmentation des soins a deux conséquences génératrices d'insatisfactions pour le patient: une information parcellaire et parfois contradictoire, et une dilution des responsabilités entre tous les intervenants. Penser qu'une plainte vise légitimement un seul professionnel est donc forcément très inexact: seule une analyse du processus de prise en charge dans son ensemble est susceptible d'esquisser une réponse à l'insatisfaction et surtout de permettre d'éviter que le dysfonctionnement se répète.

Deuxièmement, si la plainte a eu longtemps si mauvaise réputation, c'est qu'elle peut

parfois aboutir à une action en justice souvent mal vécue par les professionnels. Abrasive, longue, onéreuse, la réparation proposée par un tribunal génère non seulement des souffrances, désignées chez les professionnels par le terme de litigaphobia (envie de changer de métier, d'anticiper sa retraite ou tendance à démultiplier les examens), mais elle a de surcroît le défaut de ne répondre que très partiellement au besoin des patients qui souhaitent généralement comprendre les difficultés rencontrées durant leur prise en charge, bien davantage qu'en découdre avec les soignants.

La médiation hospitalière est née sur ce terreau, proposant une alternative au traitement judiciaire de l'insatisfaction. Au CHUV,

l'Espace de médiation entre patients, proches et professionnels (EMP) est né il y a très exactement dix ans. À ce jour, quelque 5000 patients et proches sont venus détailler leurs sujets d'insatisfactions. Ces témoignages sont aujourd'hui anonymisés, analysés et restitués à différents

niveaux de l'hôpital afin d'améliorer, dans la mesure du possible, les processus de soin. Ils sont également utilisés pour l'enseignement et font l'objet de projets de recherche.

Ce travail a démontré qu'à l'évidence, le contenu des doléances est source d'enseignements pour les institutions. Elles recèlent des informations sur les dysfonctionnements de la prise en charge qui échappent aux autres outils de veille de la qualité: discontinuité des soins, manque d'égards, critiques entre les professionnels au lit du patient («C'est l'infirmière qui vous a fait un truc pareil?») ou entre les services («Comment ils ont pu vous abîmer à ce point?! Vos veines sont des autoroutes»), promesses non tenues

**PENSER QU'UNE
PLAINTÉ VISE
LÉGITIMEMENT
UN SEUL PROFES-
SIONNEL EST
TRÈS INEXACT**

sur une opération qui ne se réalise finalement pas ou une distribution de médicaments qui n'arrive jamais.

Le plus encourageant est d'avoir pu observer la qualité de l'accueil que les professionnels ont réservé à ce lieu d'écoute. Plusieurs projets de réorganisation de la prise en charge sont ainsi nés de témoignages de patients. Et, fait insoupçonné lors de l'ouverture de l'Espace de médiation – conçu initialement pour les patients et leurs proches – aujourd'hui les collaborateurs y recourent toujours plus fréquemment. Les demandes de médiations par des professionnels étaient quasiment inexistantes il y a cinq ans. En 2020, les médiatrices et le médiateur ont été sollicités dans 46% des cas par des patients, dans 38% par des proches et dans 16% par des professionnels internes ou externes au CHUV.

Les murs de l'hôpital sont poreux et l'incivilité, voire la violence qui peut avoir cours à l'extérieur, y pénètrent aisément. Ainsi qu'en témoigne ce clinicien qui s'adresse à l'EMP: «Nous aimerions vous rencontrer afin de

discuter de la situation complexe d'une patiente. (...) Les relations avec les proches sont très difficiles. (...) La globalité de l'équipe est en souffrance devant de nombreuses mises en échec, nous souhaiterions vous rencontrer rapidement dans le but d'obtenir des outils nous permettant de gérer au mieux notre relation avec la famille.» Ou cet autre témoignage: «Oui, c'était chaud, sa fille a menacé une infirmière avec un couteau (...). Nous sommes entourés par les Securitas, malheureusement on a l'habitude, c'est quelque chose qui arrive fréquemment.»

Le recours à ce dispositif par les professionnels est sans nul doute la meilleure preuve de son intégration dans la chaîne de prise en charge. C'est aussi le signe que la compréhension des doléances a changé. Qu'elles émanent du soignant ou du patient, elles ont démontré au cours de ces dix dernières années leurs effets thérapeutiques sur les processus complexes de prise en charge de même que sur la relation entre patients et professionnels à l'hôpital.

**C'EST LE SIGNE
QUE LA
COMPRÉHENSION
DES DOLÉANCES
A CHANGÉ**

Un hôpital peut-il améliorer ses soins grâce aux plaintes des patients?

Pre **BÉATRICE SCHAAD**^a

Rev Med Suisse 2022; 18: 539-41 | DOI : 10.53738/REVMED.2022.18.774-539

Le 1^{er} avril 2012, le CHUV ouvrait un lieu destiné à recueillir les insatisfactions des patients et de leurs proches suite à une prise en charge qu'ils jugeaient insuffisante. Comment son intégration a-t-elle été vécue par les professionnels de la santé? Quelles questions, quelles résistances son ouverture a-t-elle soulevées? En 10 ans, 5000 personnes ont été reçues et entendues par des professionnels de la médiation. Ces témoignages dûment et scientifiquement documentés ont débouché sur des projets concrets d'amélioration des prises en charge mais ont également inspiré des protocoles de recherche et des enseignements. À l'heure du bilan, quel impact a eu ce lieu sur les objectifs fixés initialement et comment les professionnels de la santé l'ont-ils vécu?

INTRODUCTION

Comment expliquer qu'un hôpital universitaire ait accepté d'ouvrir en ses murs un lieu destiné à mettre en évidence ses propres insuffisances? Si la démarche peut à première vue sembler paradoxale, elle trouve ses racines dans l'évolution sociologique récente et légitime de la reconnaissance des droits individuels, particulièrement de ceux des victimes d'injustices, de maltraitements ou d'atteintes à leur personnalité quelles qu'elles soient.

À titre d'exemple, le poilu, soldat de la Première Guerre mondiale, qui désertait ou se mutilait volontairement était considéré comme un déserteur, ou dans le meilleur des cas, un pleutre. Il faudra attendre le retour des vétérans américains du Vietnam pour que soit défini l'état de stress post-traumatique permettant «une reconnaissance de leurs troubles, leur médicalisation et leur prise en charge par les systèmes d'assurance (...) et dans la foulée autorisant de leur donner une absolution morale.»¹

De l'absolution à la valorisation, le 20^e siècle est donc marqué par l'affirmation de la victime comme nouvel acteur social. La reformulation du statut de patient est elle aussi influencée dans un paysage marqué par «l'empire du traumatisme», pour reprendre le titre de l'ouvrage de Rechtman et Fassin. Ils relatent en particulier les effets de «la rencontre inédite entre les intérêts des victimes et les intérêts des psychiatres», qui ont eu pour conséquence qu'aux abords des années 80 aux États-Unis puis 90 en Europe, le traumatisme psychique

devient le vecteur de l'authentification de la parole des victimes. En effet, désormais médicalement pleinement reconnu, «le traumatisme n'est plus seulement considéré comme étant l'origine d'une souffrance que l'on soigne, il devient également une ressource grâce à laquelle on peut faire valoir un droit».²

Cette transformation socio-anthropologique générale touche a fortiori celle de la figure du patient plaignant. Le même Fassin qui retrace une généalogie de la souffrance observe que les années 90 voient se démultiplier les lieux d'écoute, dispositifs destinés à faire droit à des maux nouvellement légitimés.³ Les insatisfactions rencontrées par le patient qui fait face à une difficulté durant sa prise en charge s'inscrivent dans cette lignée.

L'écoute accordée à cette souffrance sociale nouvellement reconnue par les institutions a généré de houleux débats. Les sociologues Barbot et Dodier décrivent en effet l'affrontement qui, depuis une vingtaine d'années, oppose les partisans «pro-victimes» de cette reconnaissance et les sceptiques qui dénoncent le risque de manque de discernement lié à l'inflation contemporaine de la victimisation. Cette critique s'étend aussi aux lieux d'écoute que l'on soupçonne parfois d'être eux-mêmes générateurs ou amplificateurs de plaintes, symptôme d'une culture qui consisterait à faire du moindre mécontentement, de la moindre frustration, l'objet d'une réclamation ou d'une revendication de reconnaissance.

Simultanément, on assiste à l'affirmation progressive de l'idée de partenariat et de décision partagée entre le patient et le professionnel, largement décrite notamment dans un livre qui a fait date – *Through the Patient's Eyes*.⁴ Son mantra? «Rien sur moi sans moi.» Dans la foulée, les grandes affaires de santé publique comme celle du sang contaminé voient s'associer des patients qui revendiquent de nouveaux droits. Et parallèlement, la reconnaissance sociale et médicale de l'expertise profane – vécue par certains comme une profanation du savoir – va poser les bases du patient comme partenaire.

Enfin, plusieurs études démontrent que le traitement juridique de la plainte constitue un mode de réparation peu ajustée au dommage vécu par un patient en milieu hospitalier.⁵ De façon contre-intuitive, contrairement à la représentation que l'on peut être tenté de se faire des patients qui se plaignent, ces travaux démontrent que ces derniers sont rares à viser une réparation financière – à peine 7% –, alors qu'ils sont 61% à espérer des explications.⁶ La prise de conscience des conséquences difficiles sur le psychisme du médecin de l'effet d'un processus juridique va progressivement conduire les institutions à s'intéresser aux nouveaux modes de résolution du conflit comme la médiation. Dès 2002, la Belgique puis la

^aProfesseure titulaire à l'Institut des humanités en médecine UNIL-CHUV en charge de l'étude des relations entre patients et professionnels à l'hôpital, cheffe du Service de communication et responsable de l'Espace de médiation entre patients, proches et professionnels, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne
beatrice.schaad@chuv.ch

France vont même inscrire dans leurs lois l'obligation faite aux hôpitaux publics de disposer de centres de médiation. Le législateur n'est pas aussi exigeant en Suisse, et l'ouverture de lieux d'écoute se fait au gré des convictions des directions hospitalières. Préoccupé que les extraordinaires avancées de la science ne mobilisent l'attention au détriment d'une certaine attention à l'autre, animé aussi par l'idée de faire cohabiter sciences et humanité, Pierre-François Leyvraz, alors directeur général, offre un soutien décisif au projet d'un espace d'écoute du CHUV.

Il aura donc fallu une série de facteurs convergents pour qu'au CHUV, le 1^{er} avril 2012, le premier poseur de doléances passe le seuil d'un lieu d'écoute baptisé alors Espace Patients&Proches (EPP).

MÉTABOLISER L'INSATISFACTION

Même si ces différents éléments ont permis son ouverture, il restait néanmoins à l'hôpital à métaboliser un tel lieu. Pas simple en effet d'ajouter un tiers – le métier de médiateur – dans la chaîne de prise en charge sans craindre de générer une réaction de rejet. Durant l'année qui précède l'ouverture de l'EPP, la description du projet à qui il est fixé 3 objectifs: écouter l'insatisfaction des usagers, travailler à rétablir le lien de confiance, restituer des données à l'institution pour améliorer les prises en charge, suscite parmi les soignants (au sens large) 3 questions-clés:

1. *Ce lieu va-t-il encourager une nouvelle division du travail?*

Autrement dit, le risque n'est-il pas grand de voir des professionnels surchargés déléguer désormais l'écoute à des spécialistes de la gestion de conflit – «Pour l'empathie et l'écoute, rendez-vous bureau 4089, 3^e étage». Cette appréhension exprimée au moment de l'ouverture de ce lieu, notamment par les cadres, nous a conduits à insister sur le caractère forcément subsidiaire de l'intervention des médiatrices et médiateurs. Autrement dit, ceux-ci ont inscrit dans leur code de déontologie qu'ils n'interviennent qu'en seconde ligne, à la condition que le patient ait tenté d'exposer son insatisfaction prioritairement au professionnel.

2. *Est-ce un outil pour diminuer le nombre de doléances? Une initiative pour soigner la réputation de l'hôpital?*

Bien au contraire est-on tenté de répondre sous forme de boutade. Le lieu a été conçu avec un accès à bas seuil, atteignable en tout temps, par téléphone, par mail ou grâce à des permanences.

3. *Pourquoi les médiatrices et médiateurs détiennent des informations qu'ils ne partagent pas?*

Le caractère strictement confidentiel des échanges explique sans doute que ce lieu d'écoute ait duré jusqu'ici. Le code de déontologie prévoit en effet que le nom d'un ou d'une professionnelle désignée par un patient comme sujet de son insatisfaction ne soit jamais transmis à sa hiérarchie. Le risque étant que cet endroit se transforme en lieu de délation. Du point de vue des chefs de service, il était forcément difficilement admissible que leur échappent des informations sur leurs collaborateurs ou collaboratrices. A fortiori si ceux-ci vivaient des conflits avec les usagers, liés par exemple à un soupçon d'erreur médicale. Le principe de responsabilisation a répondu à ces résistances dans la mesure où les médiatrices et médiateurs encouragent systématiquement dans les situations graves les professionnels qui sont le sujet d'une doléance à informer

leurs supérieurs qu'ils ont été contactés par l'EPP. Par ailleurs, chaque année, les données anonymisées sont restituées à différents services cliniques par l'équipe de médiation. Celle-ci renseigne les directions médicales, soignantes et administratives sur les doléances les plus fréquentes qui ont été déposées par des patients qu'ils ont pris en charge.

QUANTIFIER LE QUALITATIF

Le point charnière sans doute, venant d'une institution dont les disciplines s'appuient sur des preuves, fut de la voir accueillir un lieu strictement basé sur la perception d'une prise en charge telle que vécue par le patient et non sur la véracité des faits tels qu'en collecte une unité des affaires juridiques. Il nous a donc semblé central, au moment de la conception de ce projet, d'adosser le fonctionnement de ce centre de médiation à un monitoring informatique, organisé de façon rigoureuse, sur la base d'une taxonomie d'une centaine d'indicateurs, dans lequel chaque situation de doléances est enregistrée.⁷ Ces milliers de données permettent en retour de produire des éléments statistiques qui éclairent entre autres sur la nature de la doléance – de quoi se plaint le patient –, le moment de la prise en charge où a émergé la difficulté, ou le chemin emprunté pour rétablir le lien de confiance. En 10 ans, quelque 5000 personnes sont venues témoigner de leurs difficultés et ce lieu d'écoute devenu laboratoire de production de données éclaire l'hôpital sur ses manquements.

QU'A-T-ON APPRIS SUR L'INSATISFACTION À L'HÔPITAL?

Afin de mieux comprendre pour quelles raisons le patient peut être amené à souffrir de l'hôpital, une analyse des témoignages des 253 premiers usagers de l'EPP a été réalisée.⁸ 372 différents types de doléances ont été identifiés et regroupés en 5 thèmes génériques: les relations interpersonnelles (n = 160 – le nombre de comptes rendus contenant une doléance liée à ce thème), par exemple la dépersonnalisation des soins – des patients qui ont l'impression d'être infantilisés, ridiculisés, qu'on leur parle «comme à un chien»; les aspects techniques des soins (n = 106), par exemple le manque d'investigation ou l'application de mesures qui prolongent excessivement la vie; l'institution de soins (n = 69), par exemple l'absence d'information sur le changement de rendez-vous; la facturation et les assurances (n = 17), par exemple le non-respect du choix du patient de son propre chirurgien; l'accès à l'information (n = 13), par exemple l'information concernant de possibles complications postopératoires.

L'analyse de ces doléances a fait émerger que la qualité de la relation qu'entretient le patient avec le professionnel est quatre fois plus fréquemment questionnée que la qualité technique de sa prise en charge. Certains doléants ont ainsi décrit le fait de subir différents types de violences relationnelles et notamment le sentiment de ne pas être considérés «comme des êtres humains», que les professionnels les évitent, qu'ils manquent d'écoute ou d'empathie. D'autres relèvent un vécu général de dépersonnalisation des soins, comme un manque d'individualisation dans le traitement, le sentiment de ne pas être pris au sérieux, d'être infantilisés ou ridiculisés.

CONCLUSION: 10 ANS APRÈS?

Si l'apparition du métier de médiateur et de médiatrice hospitaliers a forcément soulevé des interrogations, voire un certain scepticisme il y a 10 ans, l'étonnement aujourd'hui est de constater l'accueil qui lui a été réservé par les professionnels de la santé. La restitution régulière des données dans les services les plus exposés à la doléance génère la mise sur pied de projets d'amélioration des prises en charge. Signe évocateur, nous avons décidé l'an dernier de rebaptiser ce lieu. Le nom choisi en 2012, visant strictement les usagers, l'EPP, a été élargi aux professionnels et est devenu l'Espace de médiation entre patients, proches et professionnels (EMP). Il s'agissait d'une part de mieux préciser ce qui s'y pratique – la médiation –, mais aussi d'autre part de signifier aux collaborateurs du CHUV, qui y font toujours plus fréquemment recours pour faire état de difficultés, voire de violences vécues avec des patients ou leurs proches, que ce lieu leur est également destiné.

Inexistantes en 2016, les demandes de médiation par les professionnels ont significativement augmenté, de même que les prises de contact pour un conseil ou une intervention de l'équipe de médiation. Ainsi qu'en témoigne ce verbatim: «La globalité de l'équipe est en souffrance devant de nombreuses mises à l'échec, nous souhaiterions vous rencontrer rapidement dans le but d'obtenir des outils nous permettant au mieux de gérer notre relation avec la famille.»

Dix ans après la création de ce lieu, la fréquence à laquelle aujourd'hui les professionnels y ont recours est sans doute le signe le plus parlant de son intégration dans la mécanique hospitalière.

Conflit d'intérêts: L'auteure n'a déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

1 Chaput C. La guerre, vectrice de cohésion sociale. L'Algérie, un contre-exemple. *Le Sociographe* 2014;2:11-8.
2 Fassin D, Rechtman R. L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime. Paris: Flammarion, 2011.
3 Fassin D. Des maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute. Paris: La Découverte, 2004.

4 Suchman A. Through the Patient's Eyes: Understanding and Promoting Patient-Centered Care. *N Engl J Med* 1994;330:873.
5 Dodier N, Barbot J. Itinéraires de réparation et formation d'un espace de victimes autour d'un drame médical. In Périlleux T. Destins politiques de la souffrance. Toulouse: Érès, «Sociologie

clinique », 2009;99-117.
6 Friele RD, et al. Patient Expectations of Fair Complaint Handling in Hospitals: Empirical Data. *BioMed Central health Services Research* 2006;6:106.
7 Reader TW, Gillespie A, Roberts J. Patient Complaints in Healthcare Systems: a Systematic Review and Coding Taxonomy. *BMJ Quality & Safety*

2014;23:678-89.
8 Schaad B, Bourquin C, Bornet F, et al. Dissatisfaction of Hospital Patients, Their Relatives, and Friends: Analysis of Accounts Collected in a Complaints Center. *Patient Educ Couns*. 2015;98:771-6. DOI: 10.1016/j.pec.2015.02.019.

Médiation en milieu hospitalier: aspects pratiques

LIONEL ZIGHETTI³

Rev Med Suisse 2022; 18: 542-4 | DOI: 10.53738/REVMED.2022.18.774.542

Cet article présente le fonctionnement d'un service de médiation hospitalière à la lumière de la pratique développée à l'Espace de médiation entre patients, proches et professionnels du CHUV (EMP). Comment les doléances sont-elles traitées par les médiateurs? Quelle place occupent-ils dans la chaîne de prise en charge et comment collaborent-ils avec les autres professionnels de la santé? De l'écoute du doléant à la rencontre de médiation entre les différentes parties au conflit, ce texte propose un aperçu des méthodes et du code de déontologie de ce nouveau métier encore inexistant au CHUV voici 10 ans.

ACCUEIL DE LA DOLÉANCE

«J'ai attendu pendant des heures alors que j'avais très mal», «il s'est mis à nous hurler dessus», «elle ne m'a même pas regardé», «je ne comprends pas pourquoi on s'est acharné comme ça», «je ne sais plus quoi faire»...

Ces témoignages illustrent ceux fréquemment rapportés à l'Espace de médiation entre patients, proches et professionnels (EMP) du CHUV. Celui-ci recueille les doléances de toute personne ayant vécu une expérience difficile durant sa prise en charge hospitalière. Quiconque souhaite contacter un médiateur peut le faire en se rendant à l'EMP, sans rendez-vous, dans le cadre de plusieurs permanences hebdomadaires. Il est aussi possible en tout temps de laisser un message sur une boîte vocale ou d'adresser un courriel, voire un courrier postal. L'accès à bas seuil de l'EMP se veut le plus simple et le moins formel possible, il est par ailleurs gratuit.

En principe, le médiateur va chercher à entrer en dialogue avec l'usager. Un premier échange peut avoir lieu par téléphone mais, dans la mesure du possible, un entretien dans les locaux de l'EMP est privilégié. Au cours de cette première rencontre, l'accent est mis sur l'écoute, laissant à celui qui a vécu une tension, une complication, voire un conflit, durant sa prise en charge la possibilité d'exprimer ce qu'il souhaite, comme il le souhaite. La particularité de ce lieu étant d'accorder une importance prépondérante à la perception de la difficulté rencontrée par celui qui les relate. Contrairement à une unité juridique, un espace de médiation n'a pas pour vocation première d'établir la vérité des faits, mais d'aller à la rencontre d'un univers de sens et de valeurs¹ pour tenter de comprendre ce qui fait souffrir et ce qui pourrait aider.

Celui qui vient exposer un problème ne sait pas toujours d'emblée quelle suite concrète il souhaite y donner, la médiation constituant une façon de traiter l'insatisfaction parmi d'autres. Le médiateur accompagne dès lors le patient, son proche ou le professionnel dans sa réflexion sur ses attentes et sur ce que peut offrir l'Espace de médiation en termes de soutien.

CLARIFICATION DES BESOINS

«J'aimerais que ça se sache», «je ne voudrais pas que ça arrive à quelqu'un d'autre», «je veux qu'il s'excuse», «je n'ai pas compris ses explications», «je voudrais les revoir pour leur expliquer», «j'ai quand même le droit de savoir»...

Si un patient, un proche ou un professionnel contacte l'EMP, c'est généralement parce qu'il éprouve le besoin de partager son vécu et souhaite s'appuyer sur l'avis ou le soutien d'un tiers de confiance pour travailler ou résoudre le conflit en cours. Après l'écoute du récit suit l'élaboration d'une voie vers une possible résolution de la tension. Le médiateur n'a pas pour fonction première de déterminer si ce qui s'est passé est «normal» ou «juste», ni d'aller dire à tel professionnel comment il aurait dû agir. Il peut par contre proposer de réunir les protagonistes pour en reparler, dans un cadre suffisamment sûr pour permettre à chacun d'exprimer son expérience et d'entendre celle de l'autre partie au conflit.

Le médiateur explore avec son interlocuteur si celui-ci envisage de dialoguer avec l'équipe de prise en charge pour explorer les origines et motifs du conflit. Si ce souhait ne se confirme pas, d'autres pistes que celle de la médiation peuvent être explorées.

La confidentialité de l'échange est rigoureusement respectée. Une synthèse de cette interaction et de toutes les autres rencontres qui peuvent suivre est systématiquement saisie dans la base de données de l'EMP, qui contient l'ensemble des doléances exprimées depuis l'ouverture de l'EMP en avril 2012. Ces quelque 5000 témoignages sont classés en fonction d'une taxonomie de la plainte à l'hôpital² et d'une centaine d'indicateurs qui permettent entre autres d'éclairer de quelle nature est le problème, à quel moment de la prise en charge il s'est produit, et ce qui a pu être envisagé pour rétablir un lien de confiance. Ils constituent un matériau extrêmement inspirant pour développer des projets de recherche et d'enseignement; ces éléments sont restitués sous forme statistique et de témoignages anonymisés dans les services et à la direction de l'hôpital. Le doléant est systématiquement informé de l'usage possible de son témoignage, et du fait qu'il contribue ainsi à l'amélioration de la qualité de la prise en charge.

³Médiateur à l'Espace de médiation entre patients, proches et professionnels, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne.
lionel.zighetti@chuv.ch

ACTIONS POSSIBLES

Témoignage

Un entretien individuel avec un membre de l'équipe de médiation est parfois suffisant au goût de l'utilisateur. Le patient ou le proche parle alors du réconfort d'avoir été entendu par «quelqu'un de l'institution», voire parfois d'avoir été «pris au sérieux», «reconnu».³ Il arrive aussi fréquemment que soit évoqué le souhait de témoigner pour faire en sorte qu'une expérience vécue comme douloureuse «n'arrive pas à d'autres», forme d'écho à une démocratie sanitaire où chaque citoyen se perçoit comme agent du changement.

Remise en lien

Le code de déontologie du médiateur de l'EMP (**tableau 1**) comprend, entre autres principes cadrant son activité, celui de la subsidiarité de son intervention. En d'autres termes, ce dernier s'assure que le doléant a préalablement cherché à résoudre les tensions avec les équipes de prise en charge avant

de s'adresser à l'EMP. Si la réponse est négative, le patient ou le proche est invité à faire cette démarche au préalable et à revenir à l'espace de médiation si l'insatisfaction persiste ou s'il n'a pu résoudre le conflit. Cette précaution a notamment été incitée par les professionnels de la santé eux-mêmes au moment de l'ouverture de cet espace: l'important étant de ne pas instaurer une forme de division du travail où l'écoute serait désormais le fait des seuls spécialistes du conflit. Ce faisant, en tentant dans un premier temps de rétablir lui-même le lien de confiance avec l'équipe clinique qui le suit, le doléant est encouragé à agir de manière autonome.

Réorientation

Lorsqu'une autre entité existe dans l'institution (ou en dehors de celle-ci) pour répondre au besoin formulé par l'utilisateur, le médiateur peut l'orienter vers la «bonne porte» à laquelle frapper. Quand le doléant exprime par exemple le souhait qu'une investigation sur le déroulement de sa prise en charge clinique soit lancée, le médiateur l'oriente vers l'Unité des

TABLEAU 1 Principes du code de déontologie de l'Espace de médiation

EMP: Espace de médiation entre patients, proches et professionnels; P&P: patients et proches.

Principes du code de déontologie de l'Espace de médiation

<p>Neutralité</p> <p>Les médiateurs de l'EMP n'ont pas de relation thérapeutique, administrative ou juridique avec les P&P. Ils n'ont pas de relation hiérarchique ou d'alliance disciplinaire avec les professionnels de la santé. Cette position leur permet de préserver leur neutralité, de ne jamais se prononcer sur le contenu de la doléance, et de se concentrer sur la remise en lien. La place de tiers non impliqué dans une situation conflictuelle confère une posture impartiale ou multipartiale, c'est-à-dire capable de compréhension et d'empathie envers chacun des interlocuteurs, qu'il soit patient, proche ou professionnel.</p>	<p>Travail sur les perceptions</p> <p>Nous travaillons sur les perceptions, les besoins, les ressources et les demandes des patients, proches et professionnels, non sur la «vérité». Nous ne procédons donc pas à des investigations internes, qui relèvent entre autres de la compétence de l'Unité des affaires juridiques. De même, la notion de «culpabilité» est étrangère à notre champ d'activité, puisque nous considérons qu'il n'y a pas de «faute», et évoquons plutôt une relation difficile ou rompue.</p>
<p>Discretion et bienveillance</p> <p>Les enjeux de confidentialité sont systématiquement discutés avec les P&P, ainsi qu'avec les professionnels. Il est toujours explicitement convenu de ce qui sera dit et à qui. Par égard pour les professionnels de la santé, les personnes citées par les P&P sont personnellement contactées. En fonction des situations, les professionnels de la santé sont encouragés à informer leur hiérarchie. Un soin particulier est apporté à la protection des collaborateurs impliqués.</p>	<p>Confidentialité</p> <p>La confidentialité totale peut être demandée: elle sera respectée. Quant à la documentation de l'EMP, elle est uniquement accessible aux ayants droit, soit aux collaborateurs directs de l'EMP. Toute situation qui fait l'objet de communication ou de publication est au préalable anonymisée, tant en ce qui concerne les P&P que les professionnels de la santé.</p>
<p>Transparence</p> <p>Intervenir comme tiers dans une relation, à deux ou à plusieurs, induit un risque de triangulation. Tout en respectant les principes de confidentialité, les médiateurs veillent à toujours travailler en transparence.</p>	<p>Base volontaire</p> <p>Les médiateurs n'interviennent dans les services qu'avec l'accord des professionnels. Ces derniers peuvent refuser la collaboration avec l'EMP, en toute confidentialité. De même, les professionnels peuvent demander une intervention de l'EMP, laquelle peut être refusée par les patients ou les proches.</p>
<p>Disponibilité et suivi</p> <p>Contrairement aux autres collaborateurs du CHUV, le temps des médiateurs de l'EMP est entièrement dévolu aux difficultés rencontrées par les P&P et les professionnels. Cette disponibilité permet d'accompagner les situations jusqu'à leur clôture, en prenant des nouvelles régulièrement, ce qui contribue souvent à apaiser les tensions. Par ailleurs, dans les rares situations de querulence, l'EMP dispose du temps nécessaire pour se mettre au centre du dispositif d'accueil afin de canaliser les sollicitations et de soulager les équipes et les services.</p>	<p>Respect</p> <p>Lorsqu'ils sont impliqués dans une situation, les médiateurs de l'EMP se portent garants d'un cadre de communication respectueux entre les parties en conflit.</p>
<p>Responsabilisation</p> <p>Par leur intervention, les médiateurs contribuent à faire baisser la pression émotionnelle, aident à la clarification du récit, à l'expression des besoins et à la formulation de demandes concrètes. Ils assistent les P&P dans la recherche d'informations, l'identification du bon interlocuteur et se tiennent à disposition des professionnels. Le cas échéant, ils facilitent la rencontre entre deux «parties» en conflit. Les médiateurs tentent en revanche d'éviter d'intervenir à la place des P&P ou des professionnels. Ils ne sont ni des représentants, ni des porte-parole; ils aident les personnes à se responsabiliser.</p>	<p>Subsidiarité et intervention minimale</p> <p>Les problèmes se règlent en principe là où ils surviennent. La première question posée aux P&P est: «En avez-vous parlé avec les équipes?» L'EMP n'a pas été créé pour centraliser toutes les doléances de l'institution, mais pour offrir un lieu d'écoute aux P&P qui ne se sont pas sentis entendus ailleurs et pour offrir assistance aux professionnels dans des situations particulièrement conflictuelles. L'intervention minimale et la remise en lien avec les services sont toujours l'objectif principal des médiateurs.</p>
<p>Feed-back</p> <p>À des fins d'amélioration continue de nos pratiques, nous suggérons aux professionnels de la santé de nous livrer un feed-back par rapport à notre intervention. Nous demandons également aux P&P d'évaluer notre travail.</p>	<p>Gratuité</p> <p>Le recours à l'EMP est gratuit.</p>

affaires juridiques; si l'enjeu concerne le contenu de son dossier médical, il est invité à s'adresser à la Direction médicale; et si le problème concerne une assurance ou une administration, le médiateur le renseigne sur les autres services de médiation administrative et de soutien aux usagers qui existent dans le canton.

Médiation

Une séance de médiation réunissant patient et/ou proche et professionnel en présence d'un médiateur est organisée dans environ 10% des situations de tensions. Cela peut paraître peu: cela traduit le fait que le médiateur hospitalier a aussi comme fonction d'être un intermédiaire au sens large entre l'individu et l'institution, aidant à faire comprendre le fonctionnement d'une organisation complexe et répondant au besoin d'être entendu.

RENCONTRE DE MÉDIATION

Si une rencontre de médiation est souhaitée par une des parties au conflit, le médiateur la prépare en contactant le – ou parfois les – professionnels signalés par l'utilisateur comme source des problèmes qu'il a rencontrés. Dans la majorité des cas, c'est un patient ou un proche qui a pris l'initiative de la démarche, et le médiateur va entrer en contact avec le collaborateur directement concerné par la doléance, chaque fois que cela est possible. Le code de déontologie, dans lequel est inscrit le principe de confidentialité, prévoit que seul le professionnel mentionné par le doléant est contacté. La hiérarchie n'est pas informée de cette mise en relation, si ce n'est par le professionnel lui-même. L'initiative lui est réservée.

Un entretien préparatoire avec l'autre partie au conflit vise à prendre connaissance de son point de vue et accompagne la mise en mots et en ordre des événements passés. Le médiateur, impartial, est attentif au sens subjectif donné aux événements tant par les professionnels que par les patients/proches. Il explore les éventuelles appréhensions suscitées par une entrevue et laisse ici aussi la liberté de choix; participer à une médiation sur une base volontaire étant essentiel au bon déroulé de la remise en contact des protagonistes au conflit. Cela dit, la particularité de ce lieu de médiation étant d'être intra-institutionnel, il peut sembler délicat à un professionnel de refuser une rencontre avec un patient en conflit. Les médiateurs ont donc à prendre quelques précautions, peut-être plus importantes que dans un espace de médiation qui se situe hors d'une institution, pour étayer et insister sur le caractère indépendant de leur pratique. Seule l'équipe de l'EMP a en effet accès aux données et la totale confidentialité de celles-ci est garantie.

La rencontre constitue une opportunité d'évoquer ce qui a été difficile, avec l'aide d'une tierce personne. Il ne s'agit pas tant de résoudre le conflit (pour le faire disparaître) mais de

permettre aux antagonismes, aux désaccords et aux peurs dont il relève de s'exprimer sans violence. Le médiateur est neutre sur l'objet du litige et se concentre sur l'interaction, soutenant les deux parties dans l'expression de leurs points de vue, de leurs valeurs et de leurs besoins. Il ne propose pas de solution mais aide les protagonistes à esquisser la leur.⁴

RESTITUTION

De par sa position privilégiée, l'équipe de médiation est la dépositaire d'un ensemble considérable d'informations sur l'expérience vécue des soignantes et des soignés. En conséquence, elle a la responsabilité de les transmettre – de manière anonymisée – à différents niveaux de l'institution, en mettant en lumière des tendances concernant les dysfonctionnements relevés par les doléants, des expériences emblématiques, des récurrences. Là encore, le médiateur veille à ne pas prendre position, ni proposer de solution ou recommandation. Ce sont les services eux-mêmes qui, sur la base de ces verbatims, développent des projets d'amélioration de la prise en charge. Il en va de même pour le bureau Qualité et sécurité au niveau de la direction de l'institution.

CONCLUSION

La médiation hospitalière, par ses différents outils, offre avant tout un espace d'écoute à celles et ceux qui en éprouvent le besoin, pour quelque raison que ce soit. Selon les situations, elle permet à la personne de déposer un témoignage, d'être informée sur les actions les plus pertinentes à entreprendre selon ses buts et, si elle le souhaite, de revoir un professionnel de l'hôpital pour une discussion dans un espace dédié. L'inverse étant vrai pour le professionnel également. Lors d'un processus de médiation, le médiateur ou la médiatrice, par son expertise en communication et en gestion de conflits, permet à l'insatisfaction de trouver une forme d'expression constructive, qui participe à la prise en considération de besoins humains et relationnels fondamentaux et singuliers.

Conflit d'intérêts: L'auteur n'a déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

1 Voir en particulier la « théorie des mondes » chez Boltanski L, Thévenoz L. De la justification, les économies de la grandeur. Paris: Gallimard, 1991.
2 *Reader TW, Gillespie A, Roberts J. Patient Complaints in Healthcare Systems: A Systematic Review and Coding Taxonomy. *BMJ Qual Saf* 2014;23:678-89.
3 Sur l'importance du besoin de reconnaissance, voir Honneth A. La

lutte pour la reconnaissance. Paris: Cerf, 2000 (1992).
4 **Pour une analyse de la dynamique des conflits et de la pratique de la médiation, voir Bonnelle C. La dynamique du conflit. Toulouse: Érès, 2016.
* à lire
** à lire absolument

Remarques sur la fin des pouvoirs souverains et l'émergence du droit des malades

RICHARD RECHTMAN^a

Rev Med Suisse 2022; 18: 545-6 | DOI : 10.53738/REVMED.2022.18.774.545

L'avènement des droits des malades au sein de l'institution hospitalière et la création de lieux où leurs paroles peuvent enfin être entendues et accompagnées ne sont pas simplement le produit d'une lutte pour la conquête de cette légitime reconnaissance. En fait, cette transformation s'inscrit dans un long processus social et politique qui a vu la disparition progressive de tous les pouvoirs souverains qui persistaient encore au sein des sociétés démocratiques. À ce titre, la reconnaissance des droits des malades et de la légitimité de leurs paroles traduit plus encore le déploiement de l'État dans toutes les sphères de la vie sociale, jusqu'à la vie intime de chacun, que la seule conquête de nouveaux droits sociaux.

L'émergence de la médiation hospitalière s'inscrit dans un contexte social, politique et moral qui se caractérise d'abord par l'avènement de la reconnaissance plus générale du droit des malades. Cette conquête, car il s'agit bien de cela, est le fruit d'une lente transformation des pratiques hospitalières et des modes de pensée sur la condition de malade et tout particulièrement sur le rapport entre les malades et les soignants. Mais elle s'inscrit aussi dans l'ensemble des mouvements qui, ces dernières années, ont fait apparaître l'usager comme un acteur à part entière de la société civile et plus largement de la citoyenneté contemporaine.

S'agissant des espaces d'écoute des doléances, les travaux de Béatrice Schaad ont permis d'éclairer la genèse de cette nouvelle forme de pensée hospitalière. Renouant avec l'étymologie d'hospitalité, ces espaces ont progressivement pris leur place au sein de l'hôpital non seulement pour recueillir les doléances des patients, parfois leurs attentes déçues, leurs réserves, voire leurs exigences, et donc pour les résoudre grâce à des médiations non judiciairisées, mais aussi pour inscrire dans le fonctionnement même de l'hôpital un principe simple et pourtant ignoré jusqu'alors: la parole de tous et donc de chacun compte et mérite d'être entendue.

Cette dernière remarque pourrait sembler aller de soi, tant aujourd'hui il nous apparaît évident que la parole de chacun doit être écoutée. Pourtant, cette évidence est le produit d'une transformation majeure et très récente de nos sensibilités. Sans revenir sur les luttes qui ont permis de faire entendre la voix des victimes ces dernières années et que Schaad a développées dans son chapitre, je voudrais souligner

une autre transformation majeure qui a largement contribué à rendre possible cette évolution.

Qui aurait pu, en effet, imaginer il y a moins d'un demi-siècle que la parole des patients, leurs plaintes, voire leur mécontentement à l'égard des soins et des soignants puissent figurer au même rang d'importance que la qualité des soins et de leur efficacité? On ne venait pas à l'hôpital pour parler ou être écouté, encore moins pour se plaindre, pensait-on alors, mais bien pour y être soigné. Il était légitime de s'en remettre aux gens de l'art. Il arrivait bien sûr que certains patients manifestent leur mécontentement, voire plus, et aussi que des soignants fassent de même, ces choses n'étaient pas interdites. Les patients n'étaient pas nécessairement intégralement soumis, sans autre possibilité que de se taire et d'obéir aveuglément. La littérature fourmille de récits truculents où des hommes et des femmes refusèrent de façon véhémement d'être interdits de parole. La question n'est pas là. Et il serait très anachronique de vouloir la situer sur le versant d'une hypothétique alternative d'avoir ou non le droit de parler. Bien sûr qu'il était possible de se plaindre, de se mettre en colère, de dénoncer des abus, etc. Mais justement, ce n'était pas un droit, juste une possibilité, sans autre effet politique. La différence majeure réside précisément en ce point, l'inscription dans le droit hospitalier de cette possibilité de parole et donc l'inscription dans l'organisation même de l'hôpital d'une égalité de parole entre les soignants et les malades. C'est cette égalité qui n'était jusqu'alors pas reconnue au nom de l'intérêt suprême du soin. Les hommes et les femmes au sein de l'hôpital n'y étaient pas égaux en droit du simple fait que les uns étaient malades et les autres devaient les soigner.

L'introduction de nouveaux droits du malade et tout particulièrement la reconnaissance d'un égal accès à la parole pour les uns comme pour les autres sont d'abord et avant tout le produit d'une transformation anthropologique majeure qui s'appuie sur un double mouvement presque concomitant: la disparition des dernières institutions de souveraineté et la transformation des espaces publics en lieu d'exercice d'une nouvelle forme de démocratie participative où la place de chacun constitue le socle du collectif.

Revenons sur le premier temps, la disparition des régimes d'exception et la fin des institutions où régnaient encore des pouvoirs souverains.¹ Il s'agissait d'espaces, de lieux et surtout d'institutions, au sens sociologique du terme, au sein desquels la représentation démocratique n'y était pas reconnue comme le principe organisateur de leur fonctionnement interne. Depuis

^a Psychiatre et anthropologue, directeur d'études à l'École des hautes études en sciences sociales, 54 boulevard Raspail, 75006, Paris, France
richard.rechtmann@ehess.fr

la Révolution française, les principes démocratiques étaient inscrits au fondement de toute l'activité politique de la société, la souveraineté de l'époque monarchique (qui était avant tout une politique) y avait été abolie, à l'instar des privilèges accordés à la noblesse. Le pouvoir ne se transmettait plus par le sang ou le rang, mais par l'élection et surtout au travers du principe de représentativité, où la seule souveraineté encore reconnue, celle du peuple ou de la nation, était avant tout symbolique et métaphorique. Toutefois, en dehors de la sphère purement politique, de nombreux espaces de souveraineté persistaient, non pas comme des petits royaumes ou des duchés, mais simplement par le fait que leur organisation interne n'avait pas à répondre aux règles démocratiques selon lesquelles les voix de tous devraient y être égales. Les individus intervenant au sein de ces institutions souveraines devaient se plier aux règles propres à chacune, sans faire état de leurs droits politiques acquis à l'extérieur. Car il ne s'agissait pas, loin s'en faut, d'abdiquer de l'ensemble de ces droits politiques, mais simplement d'accepter qu'ils ne régissaient pas ces lieux d'exception. À la fin des années 70, Foucault en dénombrait encore cinq: la famille, l'armée, le clergé, l'éducation nationale et enfin l'hôpital.^{2,3} Dire qu'il s'agissait d'institutions où s'exerçaient des pouvoirs souverains ne signifie pas qu'ils constituaient des lieux de pouvoir absolu, loin de là. La terreur n'y régnait pas nécessairement, le droit commun pouvait s'y appliquer (en cas de faute relevant justement du droit commun), l'arbitraire ne s'exerçait pas nécessairement sans contre-pouvoir et la domination d'un leader n'avait pas vocation à tout écraser. Plus simplement, il convient de noter que dans ces univers particuliers, l'État déléguait une grande part de ses pouvoirs au profit des instances dirigeantes de ces institutions: le père, le clergé, les grands officiers, le corps médical, et s'interdisait de ce fait son habituel droit de regard sur l'ensemble de ses «sujets». De sorte que dans la famille, dans l'armée, dans le clergé, à l'école, les individus étaient distribués dans des groupes non homogènes disposant de pouvoirs et de prérogatives distincts sans l'intercession de l'État. C'est ce qui a permis pendant de longues années que la famille, l'école, la religion et l'hôpital échappent au moins partiellement aux pouvoirs des disciplines qui, eux, reposent sur l'égalité de tous ceux sur lesquels ils s'exercent.

Le premier bastion à être tombé est celui de la famille avec la promulgation des lois sur l'enfance maltraitée au début des années 60 où, pour la première fois, l'État s'imposait à l'intérieur des familles pour contester la seule domination paternelle et la soumettre à son autorité par l'intermédiaire d'un nouveau corps d'experts (les assistants de service social). La souveraineté paternelle disparaissait par le simple fait que l'État s'offrait un droit de regard sur la façon d'élever ses propres enfants.^{4,5} La religion, son clergé plus exactement, a connu le même effritement de sa souveraineté. À ce titre, les récentes condamnations de pédophilie témoignent de la fin du régime d'exception dans lequel l'Église maintenait son magistère. De façon moins cruciale et sans doute moins visible, l'hôpital a connu la même évolution. La perte du magistère médical s'est accompagnée d'une remise en cause de la distribution des pouvoirs qui y régnaient. C'est précisément au décours de cette remise en cause que la parole des patients est apparue comme nécessairement légitime. Le point important est bien sûr celui de la légitimité, car comme je le soulignais plus haut, cette parole pouvait exister mais elle n'avait pas de

légitimité interne, ou tout au moins pas la même légitimité que celle des soignants. L'avènement d'une démocratie sanitaire nécessitait au préalable la transformation de ces pouvoirs souverains au profit d'un contrôle direct de l'État sur toutes les institutions par le biais de l'individualisation de son pouvoir sur chacun. Alors que dans le pouvoir souverain l'État déléguait une partie de ses prérogatives à quelques-uns, dans la démocratie sanitaire, il concentre tous les pouvoirs de régulation, d'organisation et de contrôle, et pour ce faire, il accorde à chacun les mêmes droits quelle que soit sa condition au regard de l'Institution (la distinction soignants/malades s'y efface) et donc un même droit à la parole. De façon sommaire, on pourrait dire que la démocratisation consiste à promouvoir le règlement des conflits par la parole et non plus par les armes. Autrement dit par le dialogue et non plus par la domination ou l'écrasement d'un groupe par un autre. À l'hôpital, ce fut par la reconnaissance du malade comme un acteur de la scène institutionnelle et non plus comme un «produit» de cette même institution. C'est à partir de cette première transformation qu'il a été possible de rendre légitime la reconnaissance du droit des malades et de leurs droits légitimes à parfois se plaindre. Pour ce faire, il aura d'abord fallu ce long processus de démocratisation interne et d'effritement de la souveraineté propre à ces différentes institutions. Mais ce mouvement démontre surtout que l'État s'infiltrait désormais partout entre l'individu et l'Institution, aucun lieu ne lui échappe, aucun pouvoir ne le dépasse, aucun savoir ne peut s'opposer à son empire. On le voit, derrière cette victoire des droits au sein de l'hôpital, c'est d'abord une conquête supplémentaire de l'État plus qu'une authentique victoire des malades. Même si la seconde n'en est pas moins réelle, elle se soumet préalablement à l'extension du pouvoir de l'État.

CONCLUSION

Il n'en demeure pas moins qu'à chaque fois que l'État ouvre de nouveaux droits pour mieux étendre son influence sur les populations qu'il gouverne, ces mêmes populations s'en emparent et réinventent des façons originales de développer de nouvelles formes d'agentivité. C'est précisément ce dont témoigne l'histoire récente de l'Espace de médiation entre patients, proches et professionnels. Les lieux où les nouvelles formes de citoyenneté peuvent s'exprimer soulignent l'émergence d'un nouveau rapport des individus au politique et la place désormais croissante des collectifs locaux dans l'expression et la gestion du quotidien de chacun quelle que soit l'institution. Mais cela, c'est une autre histoire...⁶

Conflit d'intérêts: L'auteur n'a déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

1 Agamben G. État d'exception. Paris: Seuil, 2003.

2 Foucault M. Le sujet et le pouvoir. Dits et écrits, 1980-1988. Paris: Gallimard, 1994;222-43.

3 Foucault M. La technologie politique des individus. Dits et écrits, 1980-1988. Paris: Gallimard, 1994;813-28.

4 Hacking I. La fabrication d'un genre: le cas de l'enfance maltraitée. In: Entre

science et réalité, la construction sociale de quoi? Paris: La Découverte, 2001;171-220.

5 Rechtman R. Souffrances psychiques et évolutions de la psychiatrie. Études, Revue de Culture Contemporaine 2011;4154.

6 Nilüfer G, Rechtman R, Laugier S, Cohen Y. Réinventer l'espace public. Paris: CNRS Éditions, 2022 (à paraître).

Médiation et procédure judiciaire: les fausses sœurs

CLAUDIA VON BALLMOOS^a et CATHERINE VON ROTZ^b

Rev Med Suisse 2022; 18: 547-9 | DOI : 10.53738/REVMED.2022.18.774.547

Pratiquée dans des institutions sanitaires de Suisse romande, la médiation offre une alternative au traitement judiciaire de l'insatisfaction. Partageant avec celui-ci l'implication d'un tiers neutre, elle s'en distingue toutefois par l'attitude non jugeante du médiateur, par le contenu du processus ainsi que par la recherche d'une compréhension commune et d'une solution partagée.

INTRODUCTION

Pratiquée dans des institutions sanitaires de Suisse romande depuis une dizaine d'années^a pour régler les conflits entre patients, proches et professionnels de la santé, la médiation (**encadré 1**) a trouvé sa place au sein de ces institutions où elle offre désormais aux différents acteurs une alternative au traitement judiciaire de l'insatisfaction.

Au CHUV, l'Espace de médiation (EM) traite des situations rapportées aussi bien par les patients ou leurs proches, que par les professionnels de la santé. Si ce second groupe recourt depuis quelques années de plus en plus à l'EM, le premier reste majoritaire, avec des problématiques liées principalement à la prise en charge médicale.

Mode alternatif de règlement de conflits (**encadré 2**), la médiation est encore parfois confondue – dans l'imaginaire collectif – avec une procédure judiciaire. Cette représentation est peut-être plus tenace à l'hôpital où elle constitue une pratique encore relativement jeune et parfois mal connue, générant de la crainte, chez les professionnels de la santé, d'être jugés par le médiateur comme ils le seraient par un juge.

Ainsi, lorsque le médiateur, après un entretien exploratoire destiné à préciser les doléances et les besoins du sollicitant, prend contact avec les professionnels de la santé, il n'est pas rare d'entendre: «pourquoi le patient vient-il se plaindre à vous? Nous avons tout essayé – tout est dans le dossier – tout est bien documenté» ou encore, après une médiation: «quand vous m'avez téléphoné, j'étais d'abord un peu inquiet. Je me suis demandé ce que j'avais fait de faux.»

S'il arrive de les confondre, le processus de médiation et la procédure judiciaire sont toutefois très différents.

L'ACTION EN JUSTICE: FAITS OBJECTIFS, PREUVES ET DÉBATS CONTRADICTOIRES

En droit, une plainte (pénale ou disciplinaire),^b ou une demande de dédommagement (action en responsabilité civile), nécessite une investigation visant à établir des faits, qui devront être corroborés par des preuves.

La plainte est fondée sur et, le cas échéant, justifiée par des faits objectifs ou objectivés, notamment des documents écrits tels que le dossier médical, des rapports et des expertises. La démarche est contradictoire: il y a un plaignant, respectivement un demandeur, d'une part, et un prévenu, respectivement un défendeur, d'autre part.

Pour qu'il y ait ouverture d'une procédure pénale, il faut toutefois que l'action ou l'inaction du professionnel de la santé réunisse les conditions strictes de l'un des états de fait du Code pénal (CP), par exemple celui d'une infraction contre la vie ou l'intégrité corporelle (art. 111 ss CP), contre l'intégrité sexuelle (art. 187 ss CP), contre l'honneur (art. 173 ss CP), ou encore celui d'une infraction contre les devoirs de fonction et les devoirs professionnels (art. 312 ss CP). En outre, ces crimes ou délits doivent en principe avoir été perpétrés de manière intentionnelle, autrement dit, il faut que le professionnel ait agi «avec conscience et volonté». En ce qui concerne l'homicide et les lésions corporelles, il suffit toutefois que l'auteur ait agi avec négligence, ce qui est le cas lorsqu'il n'a pas pris les précautions recommandées par les circonstances et par sa situation personnelle.¹

Quant à l'action en responsabilité civile, elle ne peut aboutir que si le demandeur prouve qu'il y a non seulement préjudice au sens juridique du terme, c'est-à-dire une diminution invo-

Encadré 1. Médiation – une définition

Guillaume-Hofnung¹¹ définit la médiation comme «un processus de communication éthique reposant sur la responsabilité et l'autonomie des participants, dans lequel un tiers – impartial, indépendant, sans pouvoir de trancher ou de proposer (sans pouvoir décisionnel ou consultatif) avec la seule autorité que lui reconnaissent les médiateurs (les partenaires à la médiation) – favorise par des entretiens confidentiels l'établissement, le rétablissement du lien social, la prévention ou le règlement de la situation en cause».

^aMLaw, CAS en médiation, Médiatrice à l'Espace de médiation entre patients, proches et professionnels, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne, ^bLicenciée en lettres, CAS en médiation, Médiatrice à l'Espace de médiation entre patients, proches et professionnels, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne
claudia.vonballmoos@chuv.ch | catherine.von-rotz@chuv.ch

^a2007 aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG); 2012 au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) de Lausanne; 2019 à l'Hôpital Riviera-Chablais (HRC).

^bSanctions disciplinaires pour violation des dispositions qui régissent les professions de la santé: notamment la LPMéd (loi sur les professions médicales), la LPSan (loi sur les professions de la santé), la LPsy (loi sur les professions de la psychologie) et les lois cantonales sur la santé, par exemple la LSP (loi vaudoise sur la santé publique). La voie disciplinaire n'est pas développée dans cette contribution.

Encadré 2. Médiation dans l'ordre juridique suisse

En Suisse, la Constitution de 1999 prévoit à son article 29a la garantie générale de l'accès au juge. Toute personne a, en conséquence, droit à ce qu'un litige de nature juridique soit soumis à la juridiction de l'État.¹² Bien que celle-ci constitue le principal moyen de résoudre les conflits, il en existe d'autres, désignés par l'expression «modes alternatifs de règlements de conflits» auxquels il est désormais possible de recourir sur autorisation expresse ou tacite de l'État.¹³ En tant que mode alternatif de règlement des conflits prévu par le droit, la médiation connaît depuis quelques années en Suisse un développement important dans les institutions publiques et privées, notamment en matière civile et pénale mais également dans le domaine administratif ou même de droit public.¹⁴

• La médiation civile

En matière civile, la médiation peut jouer un rôle en tant qu'alternative à une requête de conciliation ou en tant que procédure en marge d'un procès en cours. Le Code de procédure civile (CPC) (art. 213 ss) prévoit en effet, en cours de procédure, la possibilité pour les parties de demander le remplacement de la procédure de conciliation par une médiation et de déposer à tout moment une requête commune visant à l'ouverture d'une procédure de médiation. L'accord conclu entre les parties dans le cadre de la médiation peut être ratifié par le juge et aura, le cas échéant, les mêmes effets qu'un jugement.¹⁵

• La médiation pénale

La recommandation R (99) 19 du Comité des ministres du Conseil de l'Europe sur la médiation en matière pénale a été adoptée en septembre 1999, fixant les lignes directrices qui doivent permettre aux gouvernements des États membres de promouvoir et mettre en œuvre la médiation.¹⁶ Elle donne de la médiation pénale la définition suivante: «tout processus permettant à la victime et au délinquant de participer activement, s'ils y consentent librement, à la solution des difficultés résultant du délit, avec l'aide d'un tiers indépendant

(médiateur)».¹⁷ Il s'agit donc d'un processus par lequel le juge charge un tiers qualifié et indépendant de rechercher une solution négociée entre une ou plusieurs personnes lésées et une ou plusieurs personnes mises en cause dans le cadre d'une poursuite pénale.¹⁸

En Suisse, l'intérêt pour la médiation pénale émerge dans les années 90 où quelques cantons se mettent à promouvoir cette pratique.^{19,20} D'abord développée pour régler des cas d'infractions contre le patrimoine, la médiation pénale est peu à peu appliquée à d'autres types d'infractions (lésions corporelles, infractions sexuelles, par exemple).²¹ Elle se développe principalement dans le domaine de la justice des mineurs, où la Loi fédérale sur la procédure pénale des mineurs (PPMin) prévoit, à son article 17, un classement de la procédure pénale en cas d'accord trouvé entre les parties (art. 17, al. 2, PPMin).

• La médiation dans les lois cantonales sanitaires

La plupart des cantons de Suisse romande ont instauré, dans leur législation cantonale, la médiation en santé.* Ainsi, le canton de Vaud a créé en 2004 le Bureau cantonal de médiation santé et social qui peut être sollicité par toute personne qui souhaite obtenir une information sur les droits des patients et résidents séjournant en établissements sanitaires et socioéducatifs ou se plaindre de la violation d'un tel droit, à l'exception des litiges financiers.** Quant à la législation genevoise, elle dispose qu'une instance de médiation est instituée «pour aider les patients et les professionnels de la santé à résoudre leurs différends».**

*Loi bernoise du 13 juin 2013 sur les soins hospitaliers, art. 5; loi fribourgeoise du 16 novembre 1999 sur la santé, art. 127d; loi genevoise du 7 avril 2006 sur la santé (LS), art. 11; loi sanitaire jurassienne du 14 décembre 1990, art. 24a; loi valaisanne du 12 mars 2020, art. 15; loi vaudoise du 29 mai 1985 sur la santé publique (LSP), art. 15a ss.

**Art. 15a et 15b LSP et www.vd.ch/themes/sante-soins-et-handicap/patients-et-residents-droits-et-qualite-de-soins/la-mediation-et-la-plainte-en-cas-de-conflits/bureau-cantonal-de-mediation-sante-et-social/.

***Art. 11 LS.

lontaire du patrimoine ou un tort moral,² mais encore que celui-ci a été causé (lien de causalité) par un acte contraire aux règles de l'art (principes établis par la science médicale, généralement reconnus et admis et communément suivis et appliqués par les praticiens)³ ou en violation d'un devoir professionnel (par exemple: violation du devoir d'information, consentement absent ou juridiquement non valable, violation du secret professionnel).^o

Dans les deux types de procédure, un certain délai doit être respecté pour ouvrir l'action en justice.

LA MÉDIATION: RESSENTI SUBJECTIF, DIALOGUE ET PROCESSUS COLLABORATIF

À l'EM, aucune investigation n'est menée sur les événements qui se sont produits. Les médiateurs ne travaillent pas à partir de faits objectifs, mais sur la base d'un matériau subjectif composé du récit des personnes. Par l'écoute, la reformu-

lation et en interrogeant la signification de la difficulté ou de l'insatisfaction éprouvée, ils proposent de créer un espace dans lequel peut naître un dialogue offrant à chacun la possibilité de prendre conscience de la singularité de son vécu et de ses perceptions. Ce dialogue peut avoir lieu en tout temps, même des années après que les faits se sont produits.

Transformant la plainte en doléance,^d le plaignant en doléant, les médiateurs favorisent la création d'un espace dédié à la réflexivité et à la parole, espace dont peuvent émerger une action constructive, un élan de coopération.

Classifiées selon une taxonomie développée à partir d'une revue systématique,⁴ les doléances à l'hôpital concernent les domaines de la clinique, de l'organisation et du relationnel. Près de la moitié vise ce dernier domaine, divisé lui-même en sous-catégories telles que «communication» ou «égards et attention». Lorsque les demandes des patients et proches concernent des aspects juridiques et financiers ou encore l'établissement de faits, celles-ci sont réorientées vers l'unité des affaires juridiques.

Il apparaît donc que la médiation offre un champ de traitement de situations dans lesquelles le sentiment de souffrance et d'insatisfaction éprouvé a pour source des aspects de la

^oEn droit public: responsabilité directe de l'État sans faute. Voir par exemple la loi vaudoise sur la responsabilité de l'État, des communes et de leurs agents (LRECA).

^dNous entendons ici par doléance un «état pénible incitant à se plaindre». Source: Centre national de ressources textuelles et lexicales (CNRTL): www.cnrtl.fr

prise en charge médicale qui, le plus souvent, ne remplissent pas les conditions matérielles d'une action en justice, ou pour lesquelles une réponse judiciaire ne permettrait pas de trouver l'apaisement espéré. Comme le disait si bien le Pr Guillot, alors directeur de l'Institut de droit de la santé de l'Université de Neuchâtel: «*Par son contexte psychologique, sociétal et symbolique, la relation entre un patient et un professionnel de la santé ne ressemble à aucune autre. Il est largement reconnu aujourd'hui que de nombreux litiges entre patients et professionnels de la santé trouvent leur origine dans des difficultés relationnelles: manque de dialogue ou d'empathie, sentiment de ne pas être pleinement compris ou respecté dans sa personne, malentendus, attentes irréalistes envers celui qui aurait le pouvoir de guérir, etc. De tels conflits se résolvent mal devant une instance judiciaire, à l'issue d'une procédure de type conflictuel qui exacerbe plus qu'il n'apaise les tensions entre parties. Bien souvent, le principal résultat recherché ne relève pas de ce qu'un juge peut allouer à la victime (indemnités soi-disant compensatrices) ou ordonner envers l'auteur (sanctions).*»⁵

LA (RÉ-)SOLUTION ET LES BÉNÉFICES

Une procédure pénale aboutira à la condamnation d'un coupable ou à sa relaxe. Dans la première hypothèse, la victime pourra trouver satisfaction dans le fait que l'auteur soit sanctionné pénalement. Dans le cas d'une procédure civile, lorsque les conditions de la responsabilité sont réunies, le lésé se verra attribuer une somme d'argent pour compenser le préjudice subi.

Dans les deux cas, l'issue de la procédure est imposée par le juge qui a l'obligation de rendre une décision sous peine de commettre un déni de justice.⁶

⁵Le mode d'action du médiateur repose alors sur la rationalité communicationnelle, c'est-à-dire un «agir communicationnel», selon Habermas, qui consiste à mettre en œuvre un processus visant la recherche d'une intercompréhension entre les parties.

Dans le cadre d'une médiation, la solution n'est pas imposée de manière verticale par une autorité supérieure; elle vient au contraire des parties. Le médiateur n'est en effet pas expert en psychologie ni en médecine, mais en communication et en gestion des conflits.⁷ S'appuyant sur sa déontologie professionnelle⁸ et notamment une posture non jugeante, neutre et multipartiale, le médiateur crée un cadre de confiance, un espace-temps favorisant l'expression du vécu, de la réalité et des besoins de chacun. Bonafé-Schmitt⁹ parle de «médiation-communication» ou «médiation-facilitation», qui n'est pas seulement destinée à aider les personnes concernées à régler des tensions, mais aussi à faciliter le dialogue et la compréhension mutuelle. La médiation favorise alors la mise en œuvre d'un échange réparateur de par la prise en compte de la souffrance et des besoins des personnes. De cette intercompréhension^{8,10} peut émerger un accord ou un apaisement.

La médiation et la procédure judiciaire sont aussi dissemblables que des fausses sœurs. Bien qu'elles aient des points communs en ce qui concerne la conduite d'un processus par un tiers externe indépendant et neutre dans un cadre bien défini, elles se distinguent par la nature des objets qui peuvent y être traités, par la posture du tiers – le médiateur n'est en effet ni juge ni avocat – et par le type de réponses qu'elles engendrent. Contrairement à une procédure judiciaire qui n'apporte pas toujours la réparation adéquate aux patients et proches et qui est parfois vécue difficilement par les professionnels, la médiation est souvent une expérience bénéfique pour tous. Si les professionnels l'envisagent parfois encore avec appréhension, ils en ressortent en général satisfaits et rassurés, comme en témoigne ce médecin: «J'apprécie grandement ces médiations, dont il y a toujours quelque chose à apprendre. J'avais beaucoup de craintes avant la rencontre et cela m'a apaisé au final.»

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

1 Art. 117 CP : Homicide par négligence ; art. 125 CP : Lésions corporelles par négligence ; art. 12 CP : Intention et négligence – définitions.

2 *Werro F. La responsabilité civile. Berne: Stämpfli; 2017; p. 25.

3 ATF 108 II 59.

4 *Reader TW, et al. Patient Complaints in Healthcare Systems: A Systematic Review and Coding Taxonomy. *BMJ Qual Saf* 2014;23:678-89.

5 *Guillod O. In: Guy-Ecabert C et Guillod O (eds.). *Médiation et santé*. Berne: Weblaw et Zurich: Schulthess, 2007; p. 1.

6 Le Roy Y, Schoenenberger MB. Introduction générale au droit suisse. 4e éd. Genève, Zurich, Bâle: Schulthess, 2015; p. 89.

7 **Bonafé-Schmitt JP. La ou les

médiations dans le domaine de la santé; 2008. In: Guy-Ecabert C et Guillod O (eds.). *Médiation et santé*. Berne: Weblaw et Zurich: Schulthess, 2007; p. 101.

8 Fédération suisse des associations de médiation (FSM). Règles déontologiques pour les médiatrices et médiateurs FSM du 22 avril 2008. Disponible sur : www.mediation-ch.org/cms3/fileadmin/doc/01/taetikeit/fr/FSM_f_Regles_deontologiques_2008.pdf.

9 Bonafé-Schmitt JP. Le contenu des accords de médiation. *Revue de prévention et de règlement des différends* 2003;61 ss.

10 ** Bonafé-Schmitt JP. La ou les médiations dans le domaine de la santé; 2008. In: Guy-Ecabert C et Guillod O (eds.). *Médiation et santé*. Berne:

Weblaw et Zurich: Schulthess, 2007; p. 98 ss.

11 Guillaume-Hofnung M. Médiation éthique et démocratie sanitaire. *Médiations & Sociétés* 2006;11/12:16-24.

12 Le Roy Y, Schoenenberger MB. Introduction générale au droit suisse.

4e éd. Genève, Zurich, Bâle: Schulthess, 2015; p. 251 ss.

13 Idem, p. 251.

14 Idem, p. 254.

15 Conseils et assistance. Médiation.

Disponible sur : www.vd.ch/themes/justice/conseils-et-assistance/mediation/.

16 Artensen I, et al. Renouer les liens sociaux – Médiation et justice en Europe.

Strasbourg: Pub. Conseil de l'Europe, 2004; p. 47.

17 Annexe à la recommandation

n° R (99) 19 du Comité des ministres du

Conseil de l'Europe.

18 Conseils et assistance. Médiation.

Disponible sur : www.vd.ch/themes/justice/conseils-et-assistance/mediation/.

19 Pictet A. Médiation pénale pour mineurs : l'exemple fribourgeois. *Bulletin suisse des droits de l'enfant* 2010;9 ss.

20 Vezzoni L. La médiation en droit pénal des mineurs : de la théorie législative à la pratique. *Jusletter* 2009;2 ss.

21 **Queloz N. Introduction : une première journée de réflexion pour promouvoir la justice restaurative. In: Queloz N, et al. (éd.). *Mettre l'humain au centre du droit pénal – les apports de la justice restaurative*. Genève, Zurich, Bâle: Schulthess, 2018; p. 3.

La médiation, une réponse aux attentes des patients

LUIGI FLORA^{a,b}

Rev Med Suisse 2022; 18: 550-1 | DOI : 10.53738/REVMED.2022.18.774.550

Une proposition telle que la médiation hospitalière, comme celle créée au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), est une réponse aux attentes de la population en conséquence des mutations sociétales. Celles-ci ont modifié la manière de penser et de se comporter de la majorité des patients. S'exprimer est devenu une nécessité pour beaucoup et cette nouvelle réalité rend obsolète le sens même du terme patient qui, étymologiquement, signifie «malade qui souffre en silence». Sans toutefois remettre ce terme en question, le patient contemporain a, au 21^e siècle, accès à l'information médicale et de santé. Il sait mobiliser ses connaissances et mettre en mots des situations vécues dans le cadre de la relation médecin-patient et avec les équipes pour peu qu'un espace lui soit offert. C'est ce que permet le bureau de médiation qui existe à l'entrée du CHUV.

INTRODUCTION

Je suis un patient qui vit avec des maladies chroniques depuis des années. Impliqué dans mes soins comme dans l'innovation en santé, devenu patient chercheur dans cet objectif à partir de l'étude des processus d'adaptation des patients, spécialiste des savoirs expérientiels des patients,¹ auteur d'un référentiel de compétences mobilisant ses savoirs de la vie AVEC la ou les maladies² et coconcepteur du modèle de Montréal qui mobilise le partenariat de soin avec le patient,³ je ne connais que trop l'importance dans les processus de pouvoir d'agir de la qualité des échanges. Je ne peux qu'apprécier la qualité des espaces de médiation au service tant des individus (indivisibles) que des organisations au service de la santé.⁴ C'est dans cette perspective de patient que je vous propose cet article.

CONTEXTE

Ces dernières décennies ont été imprégnées de nombreuses mutations technologiques. Elles ont largement eu un impact sur nos sociétés et sur les comportements de ceux qui la composent. Au fil de ces transformations, nous sommes ainsi

passés d'une société de l'information à la fin du 20^e siècle à une société de la connaissance au 21^e siècle, avec l'apogée d'internet et plus largement du numérique. Les niveaux d'éducation de nos sociétés se sont élevés, internet a démocratisé l'accès à l'information scientifique, avec une consultation de l'information médicale et sur la santé de nos contemporains⁵ constatée comme un des thèmes les plus consultés, que ce soit par internet directement ou par ce qu'il a permis. Parallèlement, les applications de la science en médecine, associées au systèmes d'assurances, ont donné lieu à une mutation épidémiologique⁶ et permis un vieillissement de la population en bonne santé.

LES PATIENTS CONTEMPORAINS

Ainsi, la parole et même, au fil de ces dernières décennies, le savoir des malades sont de plus en plus socialisés. Des comportements considérés aujourd'hui comme une richesse, que certains n'hésitent pas à identifier comme le blockbuster du 21^e siècle en médecine,⁷ s'ils sont exploités, comme le titulaire de la chaire canadienne sur le partenariat avec les patients et le public l'a éclairé.⁸

UNE RÉPONSE ADAPTÉE

Dans ce contexte général, créer un lieu de recueil de la parole, du vécu, voire de l'expérience des patients comme l'a créé le CHUV à travers le bureau de la médiation est une réponse à ces bouleversements.

Pour preuve, lors des états généraux du cancer en France en 1999, les malades ont demandé un espace d'échange et d'information au sein de l'établissement où s'exprimer avec des professionnels non impliqués dans leurs propres soins.^a

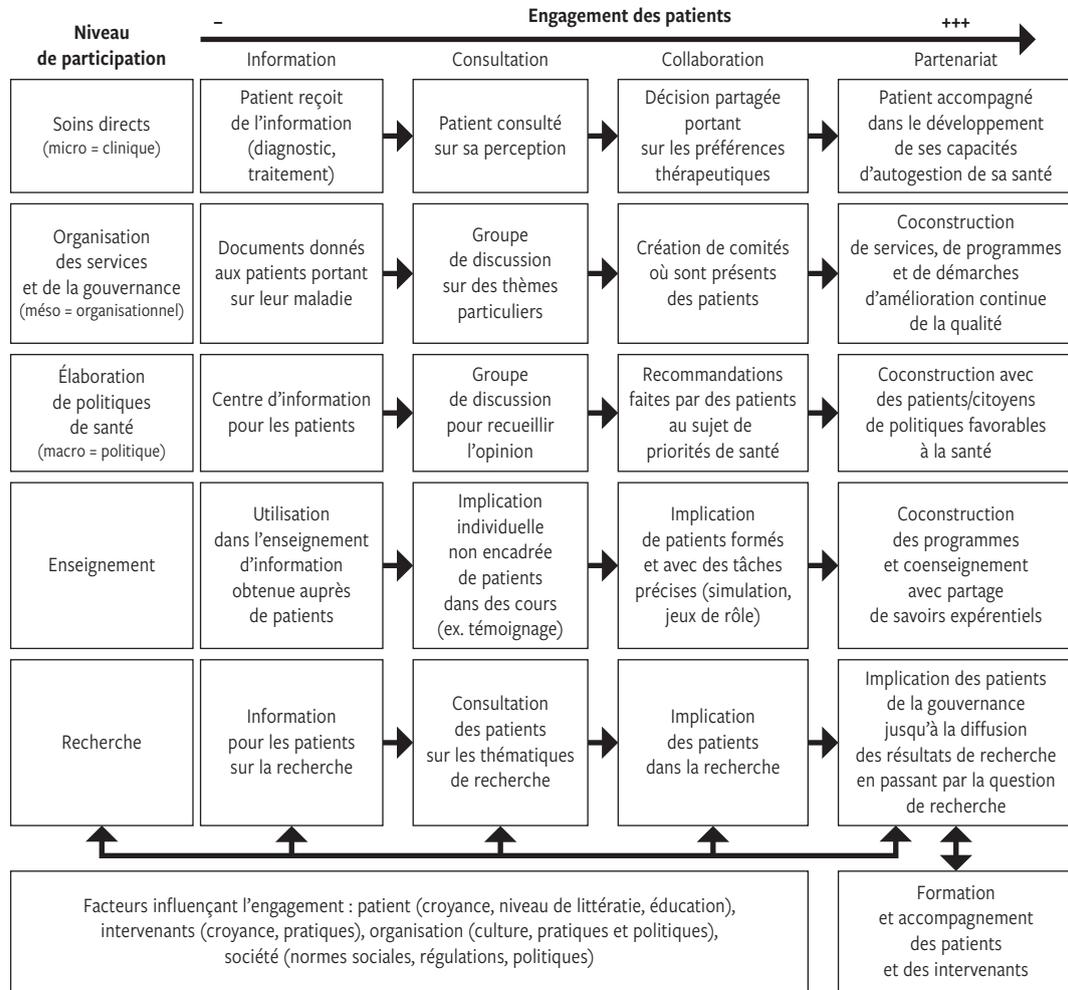
À Lausanne, ce lieu est d'ailleurs devenu avec le temps un lieu d'écoute de l'ensemble des acteurs dans le soin, puisqu'aujourd'hui les professionnels de la santé l'utilisent aussi. Des mots qui permettent d'identifier, d'entrevoir des solutions aux maux, participant ainsi à l'accompagnement des adaptations nécessaires de l'institution hospitalière, voire du système de santé.

C'est une étape essentielle dans la mise en œuvre d'un processus susceptible de s'orienter vers le partenariat de soins avec le-s patient-s, tel qu'éclairé par une équipe franco-québécoise à travers un continuum de l'engagement des patients dans leurs soins et le système de santé (figure 1).⁹ Une approche questionnée au sein de l'Union européenne par quatre États membres et considérée comme pertinente.¹⁰

^aCodirecteur patient du Centre d'innovation du partenariat avec les patients et le public (CI3P), Faculté de médecine, RETInES, Université Côte d'Azur, 28 avenue Valombrose, 06107 Nice Cedex 2, France, ^bCoordonateur du partenariat, Centre national ressources et résilience (CN2R), 2 avenue Oscar-Lambret, 59000 Lille, France
luigi.flora@univ-cotedazur.fr

^aUne demande des patients vivant avec le cancer traduite dans la mesure 42 du premier plan cancer mis en œuvre en France à partir de 2000 d'après la parole donnée aux personnes touchées par le cancer.

FIG 1 Continuum d'engagement des patients dans leurs soins et le système de santé



Dix ans après le lancement de ce lieu de médiation, du fait que son instigatrice intervient également à la faculté de médecine, peuvent être mis en œuvre des ajustements selon une approche systémique.

Conflit d'intérêts: L'auteur n'a déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

1 Jouet E, Flora L, Las Vergnas O. Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients. Pratique de formation – Analyses 2010;58-59:13-94.

2 Flora L. Un référentiel de compétences de patient : pour quoi faire ? Du savoir expérientiel des malades à un référentiel de compétences intégré, l'exemple du modèle de Montréal.

Sarrebruck: Presses académiques francophones, 2015.

3 Karazivan P, Dumez V, Flora L, et al. The Patient-as-Partner Approach in Health Care: A Conceptual Framework for a Necessary Transition. Acad Med 2015;90:437-41.

4 Schaad B. Quand le patient souffre de l'hôpital, et vice versa. In: Hervé C, Stanton-Jean M, Mamzer MF. La participation des patients. Paris: Dalloz, 2017; pp. 231-42.

5 Hardey M. Internet et société : reconfiguration du patient et de la médecine ? Sciences sociales et santé 2004;1:5-20.

6 Borgès Da Silva G. Maladies chroniques : vers un changement de paradigme des soins. Santé publique 2015;27(Suppl.1):S9-11.

7 Dentzer S. Rx for the « Blockbuster Drug » of Patient Engagement. Health Aff (Millwood) 2013;32:202.

8 Boivin A, Lehoux P, Lacombe R, Burgers J, Grol R. Involving Patients in Setting Priorities for Healthcare Improvement: A Cluster Randomized Trial. Implement Sci 2014;9:1-10.

9 Pomey MP, Flora L, Karazivan P, et al. Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de santé. Santé publique 2015, HS(S1):41-50.

10 Consortium INTERREG APPS. Orienter les soins vers le patient partenaire. Un livre blanc pour la Grande Région. Liège: INTERREG APPS, 2020.

Critiques de la biomédecine et quêtes de reconnaissance des patients

Pr FRANCESCO PANESE^{a,b}

Rev Med Suisse 2022; 18: 552-4 | DOI : 10.53738/REVMED.2022.18.774.552

On assiste ces dernières années à une montée en puissance et en visibilité de la reconnaissance de la pertinence et de la légitimité de la place et de l'expérience des patients dans leur prise en charge, dans l'élaboration de protocole clinique ou encore dans l'organisation des systèmes de santé. Ce phénomène important est le fruit d'une histoire mouvementée, des premières associations fondées sur la solidarité morale à une critique de la biomédecine dès la seconde moitié du 20^e siècle. Cette histoire – ici retracée à grands traits – est celle du rapport entre les malades et leurs proches, d'une part, et du monde médical, social et politique, de l'autre. Elle permet de comprendre des transformations de la médecine actuelle induites par cette quête de reconnaissance.

INTRODUCTION

Les historiens caractériseront vraisemblablement le dernier tiers du 20^e siècle comme celui du retour de la figure du patient comme *sujet* éclipsée par la médecine clinique moderne. La pertinence de la parole du patient a en effet été occultée par l'affirmation du diagnostic anatomopathologique qui «dépossède bien le malade de la faculté de dire sa maladie». ¹ Cette dépossession caractérise *a fortiori* le développement de la biomédecine contemporaine, laquelle s'occupera moins du malade comme sujet de sa maladie que comme spécimen où s'actualise avec quelques variations secondaires une étiologie universelle. Comme nous le verrons, c'est dans le cadre d'une critique de cette biomédecine que va s'opérer un retour de la reconnaissance du sujet malade comme enjeu et comme urgence. Ces «luttons pour la reconnaissance» ² prendront divers chemins: la reconnaissance morale du patient allant de pair avec sa disqualification sur le plan de ses compétences; la critique de la marginalisation du patient dans l'élaboration du modèle biopsychosocial; enfin, les mobilisations qui feront entrer des patients dans l'espace de la médecine et de la santé et déboucheront sur des formes originales de participation. Ces différents mouvements ont en partage l'affirmation de la *pertinence médicale du sens profane de la maladie*.

LE PATIENT DE LA MÉDECINE MODERNE: ENTRE RECONNAISSANCE ET DISQUALIFICATION

En plein essor de la biomédecine d'après-guerre s'affirme le modèle paternaliste selon lequel le médecin se considère

comme le garant de l'intérêt du patient et prend les décisions pour lui en suivant le principe de bienfaisance. Exemple parmi tant d'autres, ce témoignage du chirurgien Leriche:

«D'instinct, je pense que moins on parle technique au malade mieux cela vaut pour lui. Nos moindres mots chirurgicaux ont des résonances redoutables. Ils sèment l'inquiétude alors que notre devoir est de donner confiance.» ³

Ce propos illustre l'ambivalence entre la bienfaisance comme une obligation morale et la disqualification des compétences du sujet, comme si le partage du savoir médical renforçait la souffrance, desservait le traitement et entravait le rétablissement du malade.

Un faisceau de critiques contribuera à ébranler cette posture, notamment la critique du réductionnisme biomédical qu'entreprendra Engel dans l'élaboration de son modèle biopsychosocial.

CRITIQUE DE LA BIOMÉDECINE I: DÉVELOPPEMENT DU MODÈLE BIOPSYCHOSOCIAL

Le développement du modèle biopsychosocial par Engel a en effet pour pivot un retour nécessaire du patient. Selon lui, le «dogmatisme» du modèle biomédical a détourné l'intérêt et l'attention «des aspects plus personnels, humains, psychologiques et sociaux de la santé et de la maladie, de la fonction de soin plutôt que de guérison du médecin, que la biomédecine ne considère ni comme accessibles à une évaluation scientifique rigoureuse ni comme essentiels à la formation du médecin»; et cette posture serait «à l'origine des plaintes fréquemment exprimées par les patients, selon lesquelles les médecins sont insensibles, négligents, arrogants et mécaniques dans leurs approches». ⁴ Cela l'amène à développer une conception «intersystémique» de la santé et de la maladie qui intègre la pluralité des niveaux de la modulation réciproque de la vie humaine et de ses contextes. Cette conception est partagée à son époque par de nombreux critiques tel Dubos, pionnier de la recherche sur les antibiotiques et qui jouera un rôle central dans la première Conférence des Nations unies sur l'environnement de Stockholm de 1972. Dans *Man Adapting* publié en 1965 – traduit en français par *L'Homme et l'Adaptation au milieu* –, il développe l'idée selon laquelle «la santé est autre chose que simplement l'état dans lequel on peut dire que l'organisme est physiquement adapté, par des mécanismes passifs, à son milieu physico-chimique; elle suppose en effet, en outre, que la personnalité ait la possibilité de s'exprimer créativement». ⁵

^aFaculté des sciences sociales et politiques, Institut des sciences sociales, Université de Lausanne, Quartier UNIL-Mouline, Geopolis 5520, 1015 Lausanne, ^bInstitut des humanités en médecine, Faculté de biologie et médecine, Centre hospitalier universitaire vaudois, Avenue de Provence 82, 1007 Lausanne
francesco.panese@unil.ch

CRITIQUE DE LA BIOMÉDECINE II: POLITISATION DE LA SANTÉ

C'est dans le fil de cette contestation de la médecine (Engel) et de la santé (Dubos) qu'Illich publie en 1975 *Nemesis médicale*.⁶ *L'expropriation de la santé* où il étaiera sa thèse selon laquelle «la iatrogenèse de l'angoisse, de la douleur, de l'invalidité et de l'inadaptation constitue dans son ensemble l'impact le plus significatif des prestations médicales et hospitalières».⁷ Ses thèses trouveront un large écho dans les études critiques de la médecine et de la santé réunies dans *The Cultural Crisis of Modern Medicine* par le psychologue Ehrenreich. On y analyse entre autres le déficit d'attention et d'investissement «dans les environnements de vie pour améliorer la santé» ou encore la «colonisation médicale du corps des femmes» et la «disqualification de leurs capacités sociales», autant de griefs qui fondent des revendications pour «un système de santé basé sur l'auto-assistance (self-help), une moindre dépendance à l'égard des soins médicaux professionnels, une approche de la santé soulignant l'importance des habitudes personnelles (lesquelles) exigent des changements majeurs dans la façon dont les gens se perçoivent, perçoivent leur corps, perçoivent leurs relations avec les autres».⁸

Ces revendications seront portées par de nombreuses associations de malades qui s'affirmeront dès les années 70 dans le cadre de mouvements contestataires, puis les années 80 sous l'effet de la crise du sida.

«LES MALADES PASSENT À L'ACTE», ENTRE ASSOCIATION ET CONTESTATION

C'est hors de l'institution médicale que des malades, leurs proches et aussi des médecins engagés passent très tôt à l'action pour entreprendre la requalification de leurs compétences profanes. Premier exemple en date, l'American Cancer Society (ACS), fondée en 1913 par 10 médecins et 5 «laypeople» à New York à un moment où cette maladie était marquée par la peur et le déni, tant du côté des patients et de leurs proches que de celui des politiques sanitaires. Ses efforts contribueront à la création en 1937 du National Cancer Institute (NCI) et aboutiront en 1970 à la promulgation par Nixon du National Cancer Act, qui ouvrira la voie à un programme national inédit de lutte contre le cancer incluant d'ailleurs la philanthropie, notamment avec l'aide de l'entrepreneur Ludwig à l'origine des instituts éponymes.

C'est pourtant une autre forme d'engagement qui marquera l'essor et l'affirmation des compétences et connaissances profanes et expérientielles des patients: le cas paradigmatique des *Alcooliques Anonymes* fondés en 1935 aux États-Unis par deux hommes alcooliques, dont un était médecin, association dans laquelle «l'entraide mutuelle, basée sur leur expérience de la maladie alcoolique, a été décisive».⁹ Et c'est surtout dès les années 70 que s'opère une convergence entre les dynamiques du lobbyisme politico-sanitaire et du self-help. On assiste alors à des formes de mobilisations, d'organisations et de socialités contestataires qui s'opposeront frontalement au «pouvoir médical», à nouveau par une critique souvent radicale de la (bio)médecine et des institutions

sanitaires. Tel est le cas du célèbre mouvement «Our Bodies, Ourselves» qui porte la critique de «la surmédicalisation de la santé des femmes et défend l'idée de solliciter l'expertise des femmes sur leur propre santé plutôt que de la penser à leur place».¹⁰

Ce sera aussi un peu plus de 10 ans plus tard le cas des mobilisations contre le sida qui remettent en question le cœur de l'expertise biomédicale. L'activisme des militants porte alors les revendications des profanes sur le terrain de la connaissance de la maladie et des institutions sanitaires censées la contrer, notamment dans le cadre de la AIDS Coalition to Unleash Power (ACT UP) fondée en 1987. L'une des bases et ressources de cette mobilisation est encore la «construction de l'expertise profane» d'un «mouvement activiste fort et différencié en interne, ainsi que divers organes de médias alternatifs, notamment des publications activistes et la presse gay».¹¹ C'est ainsi en accumulant différentes formes de crédibilité que des «activistes des traitements» (*treatment activists*) sont intervenus de manière prépondérante dans la conception, la conduite et l'interprétation des essais cliniques utilisés pour tester la sécurité et l'efficacité des traitements.

Ces mouvements de contestation et d'associations ont fondé leur action sur le principe de solidarité dans la collectivité malade et le principe d'égalité selon lequel les patients doivent pouvoir faire usage de leurs droits et de leurs compétences face aux professionnels et aux institutions. Au cœur de cette lutte pour la reconnaissance se trouve la revendication de la pertinence de l'«expertise expérientielle des malades», notion précieuse élaborée par Borkman¹² et mise en œuvre par Akrich et Rabeharisoa dans leurs enquêtes sur les associations de patients. Comme l'expliquent ces deux auteures, «c'est en partie parce que certains mouvements ont su se faire reconnaître comme des interlocuteurs compétents, informés et porteurs d'un savoir propre que l'intégration des associations dans la gouvernance de la santé a progressé, dans un contexte marqué par des incertitudes et des controverses face auxquelles l'expertise médicale a montré ses limites».¹³

EFFET DE BOUCLE: LA MÉDECINE SE TRANSFORME

On peut ainsi faire l'hypothèse que c'est à partir des apories et des limites de la biomédicalisation de la santé que se redéploient depuis les années 2000 les initiatives qui visent, à nouveau, le développement d'une médecine plus ouverte et intégrative. Terminons par quelques indices encourageants. L'introduction de sciences humaines et sociales dans la formation des médecins s'inscrit sans doute dans le fil de ces critiques constructives.¹⁴ La mise en place de dispositifs de médiation hospitalière pour faire face à l'insatisfaction des patients¹⁵ est une manière de répondre au vœu de Engel d'accorder «plus de crédit à ce que les patients rapportent, en plus et au-delà de ce que les médecins peuvent observer», sans quoi «les patients se sentent utilisés, maltraités et déshumanisés et en veulent aux médecins et au système qui les soumet à de telles expériences».¹⁶ L'intégration en médecine des urgences environnementales, comme l'initiative *Lancet Countdown*¹⁷ qui tente de fournir aux professionnels de la santé des outils pour améliorer la santé publique, aurait sans doute ravi Dubos. Relevons enfin le développement intéres-

santé de l'approche de l'Experience-Based Co-Design (EBCD)¹⁸ qui vise à permettre aux professionnels de concevoir avec les patients des services, des parcours de soins et même des essais cliniques dans le domaine de thérapies expérimentales, un dispositif dont les activistes d'ACT UP auraient sans doute rêvé. Ces initiatives et innovations constituent aujourd'hui un ensemble encore mosaïque mais à travers lequel se dessine

l'idéal du Patient and Public Involvement (PPI)¹⁹ que des agences de recherche semblent en passe de s'approprier.^{19,20}

Conflit d'intérêts: L'auteur n'a déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

1 Faure O. Le regard des médecins. In Corbin A, Courtine JJ, Vigarello G (éd.). Histoire du corps. Paris: Seuil, 2005, 3 vol., vol. 2, 15-50; p. 31.

2 Honneth A. La lutte pour la reconnaissance. Paris: Cerf, 2000.

3 Leriche R. C'est cela, la chirurgie. Réalités 1956;121:28-9 et 82-3; p. 82.

4 **Engel GL. The Biopsychosocial Model and the Education of Health Professionals. Ann N Y Acad Sci 1978;310:169-81; p. 169-72.

5 *Dubos R. L'homme et l'adaptation au milieu. Paris: Payot, 1973; p. 8.

6 Illich I. Nemesi médicale. L'expropriation de la santé. Paris: Seuil, 1975.

7 Illich I. L'expropriation de La Santé. Esprit 1975;436:931-40; p. 931.

8 Ehrenreich J (éd.). The Cultural Crisis of Modern Medicine. New York et Londres: Monthly Review Press, 1978; p. 25.

9 *Gross O. L'engagement des patients au service du système de santé. Paris: Doin Éditions, 2017; p. 2.

10 Gross O. L'engagement des patients au service du système de santé. Paris: Doin Éditions, 2017 ; p. 16.

11 **Epstein S. The Construction of Lay Expertise: AIDS Activism and the Forging of Credibility in the Reform of Clinical Trials. Sci Technol Human Values 1995;20:408-37; p. 408-9.

12 Borkman T. Experiential Knowledge: A New Concept for the Analysis of Self-Help Groups. Social Service Review 1976;50:445-56.

13 **Akrich M, Rabeharisoa V. L'expertise profane dans les associations de patients, un outil de démocratie sanitaire. Santé Publique 2012;24:69-74; p. 73-4.

14 Académies suisses des sciences.

« Medical Humanities » : la signification des sciences humaines et sociales pour les métiers de la médecine et de la santé. Swiss Academies Communications 2014;9:5.

15 Schaad B, et al. Dissatisfaction of Hospital Patients, Their Relatives, and Friends: Analysis of Accounts Collected in a Complaints Center. Patient Educ Couns 2015;98:771-6.

16 Engel GL. The Biopsychosocial Model and the Education of Health Professionals. Ann N Y Acad Sci 1978;310:169-81;

p. 170.

17 Watts N, et al. The Lancet Countdown: Tracking Progress on Health and Climate Change. Lancet 2017;389:1151-64.

18 **Fucile B, et al. Experience-Based Co-Design: A Method for Patient and Family Engagement in System-Level Quality Improvement. PXJ 2017;4:53-60.

19 Wilson P, et al. Research with Patient and Public Involvement: A Realist Evaluation – the RAPPORT Study. Health Serv Deliv Res 2015;3.

20 Swiss Clinical Trial Organisation (SCTA). Factsheet IPP. avril 2021. Disponible sur : www.scto.ch

* à lire

** à lire absolument

Violence(s) à l'hôpital

THIERRY CURRAT^a

Rev Med Suisse 2022; 18: 555-7 | DOI : 10.53738/REVMED.2022.18.774.555

Est-il paradoxal de parler de violence à l'hôpital, institution qui se présente aujourd'hui comme un espace bienveillant de soins et de sécurité? Or, derrière de rares cas d'agressivité physique et verbale, manifestes, se cachent d'autres formes de violence plus silencieuses, qui abîment les relations soignant-soigné, la sécurité et la confiance. Les identifier est le seul moyen d'y faire face.

LE REGARD DU MÉDIATEUR

Le regard du médiateur sur les relations à l'hôpital est conditionné par les situations de conflit qu'il accompagne et qui, heureusement, ne concernent qu'une minorité des séjours hospitaliers et des soins ambulatoires. Ce point de vue de tiers – conscient des enjeux de neutralité, de multipartialité et d'indépendance – est une position privilégiée, avec ses limites. Ni soignant ni soigné, le médiateur accède à la réalité du monde hospitalier par les récits de ses protagonistes: il s'agit dès lors d'un point de vue éloigné des faits objectifs, mais proche des expériences subjectives des personnes en situation de conflit.

À l'hôpital, le terme «violence» est généralement réservé aux situations de brutalité physique ou verbale, bruyante et manifeste, qui requièrent l'intervention du service de sécurité: décompensation soudaine, patients agressifs, voire armés, proches menaçants. Comprise ainsi, l'hostilité est généralement unidirectionnelle: elle est le fait des malades (ou des proches) et vise les professionnels de l'hôpital.

Mais dans le cadre confidentiel de la médiation, en entretien individuel ou en groupe, les professionnels et usagers évoquent des formes plus nuancées d'animosité subie.

Cet article n'est pas une analyse systématique mais la réflexion d'un médiateur hospitalier, engagé dans la lutte contre la violence sous toutes ses formes, ayant pratiqué près de 10 ans dans un hôpital universitaire.

LES FORMES DE LA VIOLENCE SELON ROJZMAN

Dans cette réflexion, il n'est pas seulement question d'agressivité, mais des différentes formes de violence, telles que décrites par Charles Rojzman. Ce praticien-théoricien, spécialiste des conditions de la coopération et de ses obstacles, est le fondateur de la thérapie sociale (TST pour

Transformative Social Therapy). Il distingue quatre formes:¹ la maltraitance (l'autre est un objet), l'abandon (l'autre n'existe plus), la dévalorisation (l'autre est inférieur) et la culpabilisation (l'autre est mauvais).

Pour Charles Rojzman: «[...] on est violent à partir du moment où l'on refuse de considérer l'autre comme un partenaire, comme un frère d'humanité: on le méprise (le mépris est une violence), on le fuit (la fuite et l'indifférence sont une violence), on l'agresse, on lui attribue tous les torts et toutes les responsabilités, on le diabolise.»²

On diabolise l'autre, autrement dit on le fige dans des représentations particulièrement négatives qui, dans le contexte de la relation soignant-soigné, puisent largement dans le réservoir des figures caricaturales du médecin, de l'infirmière, des patients et des proches: le médecin est arrogant, méprisant, insensible; l'infirmière est irascible, incompétente, brusque; les patients sont «chiants» ou «psychiatriques»;³ les proches sont envahissants et agressifs. C'est souvent ainsi que se perçoivent les parties en conflit à l'hôpital lorsque le dialogue est rompu. Exprimées ou tues, la violence et la peur agissent et s'alimentent l'une l'autre en un cercle vicieux que seul le dialogue ou la rupture des relations peut briser.

Quelles sont les conditions qui favorisent la violence et comment ses différentes formes se manifestent-elles à l'hôpital?

LA MALTRAITANCE

Bien que les hôpitaux cherchent à limiter la souffrance des patients, la forme la plus évidente de violence perçue par ces derniers est la violence physique.

Parce que leurs symptômes génèrent une sensibilité exacerbée à d'autres stress physiques, un transport ou un soin effectué avec brusquerie, de multiples tentatives de prise de sang ou une ponction lombaire difficile sont parfois vécus comme de la maltraitance. De même, les infections nosocomiales, les accouchements difficiles, les complications médicales font souvent l'objet de plaintes.

Pour les proches, cette souffrance physique est souvent intolérable – surtout en pédiatrie – et leur sentiment d'impuissance peut nourrir leur agressivité.

De leur côté, les professionnels évoquent un stress lié à la nature de leur activité et à leurs conditions de travail. Ils doivent se montrer efficaces et rapides, au risque de paraître peu soucieux du bien-être des malades. Les aléas cliniques évoqués plus haut sont pour eux inévitables: ils vivent au quotidien le décalage entre une médecine qui se présente trop souvent comme omnipotente et la réalité de leur pratique clinique, où il est impossible de maîtriser tous les paramètres.

^aMédiateur (FSM) et intervenant en thérapie sociale (TST), Médiateur à l'Espace de médiation entre patients, proches et professionnels, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne (2012-2021)

contact@thierrycurrat.ch

Dans les situations les plus tendues, chacune des parties se sent menacée par l'autre dans une escalade symétrique. Des agressions peuvent alors survenir.

L'ABANDON

«La fragmentation des actions de soins favoriserait une approche technique et organique au détriment de la prise en compte du sujet dans sa totalité. Ce dernier se sentirait dès lors nié dans son identité.»⁴

De nombreuses situations ordinaires peuvent générer un sentiment d'abandon chez les patients: une longue attente aux urgences ou après avoir activé la sonnette en chambre, un rendez-vous déplacé ou oublié, un changement d'équipe ou de professionnel référent, une consultation pré- ou post-opératoire annulée, etc.

Les familles expriment parfois un sentiment d'abandon lorsqu'elles peinent à accéder aux informations concernant un proche hospitalisé. Il s'agit souvent de situations où les patients sont considérés comme *capables de discernement* et restent les interlocuteurs des professionnels, alors que leur situation clinique (fatigue, confusion postopératoire ou due à l'âge) les empêche de communiquer. Le secret médical censé protéger les personnes est alors perçu par les familles comme la justification d'une forme d'abandon.

Les professionnels se confient aussi sur des violences d'abandon: lorsque des patients décident de ne plus recourir à leurs services ou, pire, critiquent leur prise en charge, dans des situations cliniques dans lesquelles ils se sont beaucoup investis. On entend alors parler de trahison et d'injustice. Le sentiment d'abandon des soignants peut aussi résulter de conflits entre professionnels, lorsqu'ils ne sont pas consultés dans des situations les concernant ou qu'ils ressentent un manque de soutien de leur hiérarchie.

LA DÉVALORISATION

La dévalorisation est le recours principal des patients et proches fâchés contre les professionnels ou l'institution. Elle est rarement directe et transite par des tiers: l'hôpital est dénigré en famille, au café ou chez le médecin traitant; le physiothérapeute est discrédité auprès du médecin, l'infirmier auprès de l'infirmière.

Même biais chez les professionnels: ils évoquent entre eux un patient, une famille pénible, mais peinent à adresser directement leurs critiques. La même tendance à la triangulation est fréquente entre professionnels via les patients: médecins installés qui déprécient l'hôpital et inversement; spécialistes qui incriminent des collègues; services qui se désapprouvent mutuellement.

Le résultat est toujours le même: les patients et leur entourage perdent confiance, les professionnels se désinvestissent.

Cette dévalorisation peut prendre d'autres formes, comme l'usage de jargon médical, pris comme du mépris par le patient,

comme une affirmation de supériorité. À l'inverse, le patient peut aussi contester la position du médecin, par exemple dans le domaine des maladies chroniques ou rares (Je connais ma maladie) ou en pédiatrie (Je connais mon enfant), la prise en charge étant dès lors parasitée par des enjeux de compétition de savoir. Une personne qui s'estime réduite à un diagnostic psychiatrique peut enfin se sentir dévalorisée, stigmatisée.

LA CULPABILISATION

Les professionnels peuvent culpabiliser des personnes qui adoptent un comportement à risque ou ont des difficultés d'observance thérapeutique. À l'inverse, les patients peuvent culpabiliser des professionnels jugés imparfaits.

Plus il y a d'impuissance, plus cette tentation est grande, comme en psychiatrie, dans la clinique des troubles somatoformes ou en médecine des addictions. L'exemple de la maladie incurable et des situations de fin de vie est significatif, avec des remarques du type: «Les chirurgiens n'auraient pas dû opérer, les oncologues auraient dû parler, le médecin généraliste aurait dû intervenir, les palliativistes n'auraient pas dû dire, les internistes auraient dû anticiper.»

En cas d'incident, la dilution des responsabilités peut donner aux usagers l'impression d'une déresponsabilisation institutionnelle qui alimente la méfiance et favorise la recherche de coupable.

LES CONDITIONS D'UN CONFLIT CONSTRUCTIF

Ces quelques exemples ont pour fonction d'aider à identifier la violence à l'hôpital. Pour lutter contre elle, il faut la sentir agir en nous, entre les personnes ou contre nous-même: on se maltraite, on s'abandonne, on se dévalorise, on se culpabilise. La reconnaissance de ces mécanismes et des émotions qu'ils suscitent est une condition sine qua non pour agir sur la violence. Or, les professionnels de santé ont tendance à nier leurs émotions, pour paraître «pro»: «On prend sur soi.» Les émotions n'en demeurent pas moins et risquent de polluer l'espace relationnel.

Dans les situations relationnelles difficiles, seul un conflit sain permet de lutter contre ces formes de violence: il est nécessaire de parler entre personnes concernées de ce qui ne va pas. Cela nécessite la mise en place d'un cadre intérieur (la posture) et extérieur (les conditions du dialogue) favorable:

«Ainsi, contre toute attente, il est beaucoup plus facile de travailler avec un groupe de personnes "violentes" et "ennemies entre elles" qu'avec un groupe de professionnels pacifistes, humanistes, revendiquant leur volonté de construire une société meilleure. Car derrière cette revendication se cache souvent l'incapacité d'admettre la "guerre en soi". [...] l'habitude prise de valoriser la bienveillance, la confiance et la paix rend laborieux un travail thérapeutique visant à l'acceptation de tout ce que l'on est, c'est-à-dire aussi de ses ombres, de ses limites et de ses faiblesses.»⁵

L'intervision, la supervision, la psychothérapie aident à construire et maintenir une posture professionnelle en harmonie avec notre vie émotionnelle. L'aménagement d'espaces de dialogue conflictuel réguliers, entre collègues et avec les patients, permet de prévenir et lutter contre la violence. En cas de crise relationnelle, le recours à des tiers (collègues ou autres ressources institutionnelles spécialisées) s'avère généralement nécessaire pour créer un cadre de dialogue sécurisé permettant de reconstruire la confiance.

Quant aux institutions, elles ont la responsabilité de cultiver un climat relationnel et des dispositifs qui favorisent la coopération en permettant au négatif d'être exprimé. Sans cela, elles risquent d'alimenter la soumission et la rébellion des professionnels comme des usagers, les deux faces d'un rapport violent à l'autorité.

Conflit d'intérêts: L'auteur n'a déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

- 1 Rojzman C, Rothenbühler N, Rothenbühler I. La thérapie sociale. Lyon: Chroniques sociales, 2015; 92-8.
- 2 **Rojzman C. Sortir de la violence par le conflit. Paris: La Découverte, 2008; 76. Réédition : Violence dans la République, l'urgence d'une réconciliation. Paris: La Découverte, 2015.
- 3 Schaad B, Bourquin C, Panese F, Stiefel F. How Physicians Make Sense of Their Experience of Being Involved in Hospital Users' Complaints and the

Associated Mediation. BMC Health Serv Res 2019;19:73.

4 *Faget J. Médiations : les ateliers silencieux de la démocratie. Toulouse: Érès, 2015; 375.

5 **Rojzman C. Sortir de la violence par le conflit. Paris: La Découverte, 2008; 83-4.

* à lire

** à lire **absolument**

Défaire le patient et le soignant pour faire le soin?

JEAN-PHILIPPE PIERRON^a

Rev Med Suisse 2022; 18: 558-9 | DOI : 10.53738/REVMED.2022.18.774.558

En discutant l'existence des espaces-temps de médiation hospitalière, on s'interroge dans cet article sur ce qu'ils font au soin. Ces derniers n'ont-ils pas pour vocation principale de mettre du jeu dans les soins, en vue de plus de liberté et de reconnaissance? Si faire le patient ou le soignant, c'est vouloir se préserver et maîtriser les risques en cherchant à tout contrôler, les défaire, par la médiation jouante, ce pourrait être s'exposer à un autre risque: celui de la rencontre entre un appel et une réponse. N'est-ce pas retrouver là ce qui fait le cœur du soin?

Nos structures de soin, pour être efficaces, attendent de nous qu'on en joue le jeu. Et nous attendons, en retour, qu'elles aussi le jouent. Tel est le pacte de confiance qui soutient le soin. À cette fin, il faudra pour le malade apprendre à se penser comme un bon patient; il faudra pour un humain qui veut se faire professionnel se construire comme un bon soignant. Jouer le jeu signifie qu'il y a dans la relation de soin des rites qui organisent et structurent les interactions. Ces rites, instruits par un savoir médical, coordonnés par un savoir des sciences des organisations, opèrent comme un tiers. Celui qui permet la rencontre entre un appel et une réponse; entre une plainte de l'humain fragile et souffrant et la réplique d'un système de soin qui apprend à transformer la plainte ou la demande en questions solutionnables.

Jouer le jeu (game) du système de soin, de l'hôpital, du service de soins, c'est donc se faire, dans une forme de consentement, dont le statut n'est pas aussi clair qu'il paraît, car même si l'on recueille un consentement éclairé, sait-on vraiment ce qu'il y a dans un oui? – patient ou soignant. La machine à guérir hospitalière a besoin de «faire le patient». Cela pour qu'il rentre dans le type d'intelligence que le modèle biomédical se propose de déployer afin de transformer l'appel en question, la plainte en douleurs et la souffrance en pathologies identifiables. Mais ne convient-il pas aussi, dans le même temps, de défaire le patient pour faire hospitalité? Le soin saurait-il rester le soin s'il ne «défaisait pas le patient», non pas au sens d'une défaite, mais au sens d'une refiguration, cela afin de faire en sorte qu'une fois qu'il a été objectivé pour qu'on y cherche la maladie dans le malade, il soit maintenu et restauré dans sa subjectivité et dans ses capacités?

Personne n'ignore que cette identité de patient ou de soignant est une fiction, nécessaire, utile, mais que c'est et cela demeure une fiction. Ce sont des dispositifs d'identification;

pas nécessairement de reconnaissance mutuelle. Car l'identification est la forme la plus pauvre de la reconnaissance. C'est pourquoi notre être d'humain, capable et vulnérable, ne se cantonne pas, voire se trouve à l'étroit dans ces catégories fonctionnelles. Certes, elles permettent des coordinations opérationnelles – assurer la continuité des soins, gérer la file active de patients, etc. –, et en cela elles sont précieuses. Mais elles risquent vite d'oublier le sujet qui souffre sous l'objet que l'on traite. C'est à cet endroit précis où les liens soignants font mal que l'idée de plainte est intéressante. Il y a la plainte qui nous renvoie à un fond de passivité, parce qu'elle convoque une forme de mal subi: celui de la douleur, de la souffrance et de la maladie. Mais il y a aussi la plainte que l'on porte, qui veut se faire entendre, et qui, elle, mobilise une dimension d'activité, de capacités. C'est la plainte active, qu'elle soit non encore formalisée dans la colère ou l'insatisfaction, ou bien plus encadrée et codifiée lorsqu'elle devient judiciaire, convoquant le tiers arbitre de la justice. Entre la plainte informelle et la plainte en justice, il existe tant de multiples nuances, il est question de faire entendre sa plainte, mais aussi de restaurer la possibilité du vis-à-vis, d'être entendu.

C'est tout le défi, pour les soignants, de savoir inventer, dans leur pratique, un dispositif qui permette la possibilité de l'écoute de la plainte, laquelle restaure et ou instaure le sujet en humain capable. Mais ce peut aussi être un souci éthique des institutions que de répondre à la question: comment maintenir ouverte l'institution pour qu'elle demeure instituante, qu'elle honore l'intuition éthique de l'hospitalité qui la fonde? Cela s'engage là où la tentation de l'institution est de se replier sur ses sédimentations, ses routines et ses expertises au risque de l'objectivation de l'autre et de sa réification. À cet endroit, il peut y avoir une créativité institutionnelle, portée et ouverte par la finalité éthique de son hospitalité, entendue comme accueil de l'autre, y compris dans la rugosité de sa non-compliance. Défaire le patient, lissé et policé par l'institution hospitalière à des fins de traitements pour retrouver le sujet humain fragile, c'est oser se laisser exposer au caractère non maîtrisable et qui vient nous affecter de l'expérience de l'autre. Si faire le patient ou le soignant, c'est vouloir se préserver et maîtriser tous les risques en cherchant à tout contrôler, les défaire, c'est peut-être s'exposer à un autre risque: celui de la rencontre entre un appel et une réponse. Mais n'est-ce pas là retrouver ce qui fait le cœur du soin?

N'est-ce pas cette rencontre, au sein de laquelle l'humain souffrant et agissant sont non thématiques, qui invite à mettre du jeu (playing) dans les relations? Ne peut-on pas envisager l'invention d'espaces de médiation hospitalière comme le déploiement d'un espace potentiel de jeu qui

^aPhilosophe, Département de philosophie à l'Université de Bourgogne, Directeur de la Chaire Valeurs du soin, Université Jean-Moulin Lyon 3, 1 Av. des Frères Lumière, 69008 Lyon, France
jean-philippe.pierron@u-bourgogne.fr

redonne à chacun-e la possibilité de se redire autrement, et cela au service du soin et de sa grandeur? N'est-ce pas là, d'ailleurs, toute la précieuse et précise disponibilité du soin que de laisser résonner la plainte, non seulement celle qu'il sait «traiter», mais aussi celle qui le dérouté non comme un aveu d'échec mais comme le point nodal où une rencontre possible peut naître parce que chacun s'est reconnu et a été reconnu? Un espace de médiation – ce qui permet de rappeler au passage que le mot médecine partage la même racine *med* qu'elle, c'est-à-dire ce qui fait le lien, ce tiers qui relie – installe dans le soin une dimension de jeu. Il met du jeu en invitant à quitter les rôles préformés, à déplacer les interactions prévisibles et à inventer une langue qui accueille ce qui se dit, avant de déjà le prendre comme indices à analyser et à traiter. Cet espace potentiel de jeu, ou cet espace transitionnel, peut s'envisager comme une chance pour le soin, organisant un travail qui, s'il défait les rôles, prépare la rencontre. Celui-ci peut s'y renouveler, d'autant plus lorsqu'il est institué au cœur de l'hôpital, comme un espace-temps dédié à rien de dédié, ouvert à la plainte des humains. La portée éthique et politique de cet espace potentiel de jeu tient à ce qu'il institue une forme pudique et radicale de l'hospitalité parce qu'il n'est

pas finalisé et sursaturé par les intentions qui animent et structurent, heureusement d'ordinaire, des soins techniques précis. Il est radical en ce qu'il est un soin fondamental: l'accueil de la détresse de l'autre, la reconnaissance de son désarroi et parfois de sa fragilité professionnelle, qui n'est pas le signe d'une incompétence mais la reconnaissance des limites de l'expertise. Il est pudique car il ne s'agit pas de se réjouir de la défaite de l'autre, mais d'oser faire exister, sans grandiloquence, la possibilité de sentir, de penser et de dire cet endroit précis où les liens humains font mal. En ce sens, l'espace de jeu de la médiation hospitalière est un opérateur symbolique et de traduction profond. Il contribue à révéler, et peut-être à réveiller, la compréhension du sens profond du soin pour ceux qui s'y confient et pour ceux qui s'y engagent comme professionnels. Il atteste de ce qui fait du soin une utopie concrète: faire vivre et exister l'hospitalité sachant toujours possible le risque de l'hostilité que cache toute plainte.

Conflit d'intérêts: L'auteur n'a déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.