

Rapport d'activité 2025

**ESPACE
DE**

entre patients, proches
& professionnels

MEDIATION

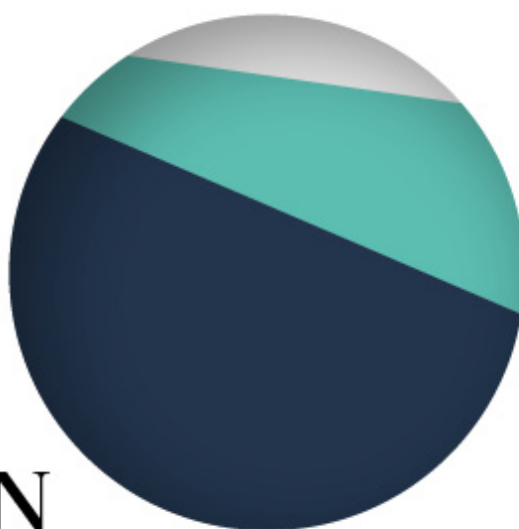


Table des matières

Table des matières	2
1. Préambule	3
2. Sollicitations de 2025 et synthèse des activités en chiffres	4
Évolution du monitoring des demandes arrivées à l'EMP.....	4
Synthèse de l'activité.....	5
Récapitulatif des trois dernières années	6
Tableau 1 – Récapitulatif des données 2023-2025	6
LES DEMANDES DE 2025	8
Qui nous sollicite ?.....	8
Le genre et l'âge des patient-es et des proches	8
Comment nous sommes sollicité-es et comment nous communiquons avec les demandeur-euses	9
Connaissance de l'EMP	10
LES DOLÉANCES.....	11
Quel type de prise en charge et quelles lignes professionnelles sont concernées par les doléances ? .	11
À quel moment la demande est-elle déposée ?	12
Caractéristiques des doléances	12
Tableau 2 – Doléances reçues de 2023 à 2025	14
Intentions et attentes des demandeur-euses	14
LE SUIVI ET LES SUITES DONNÉES AUX DEMANDES.....	17
La place de la médiation dans l'accompagnement	17
Les suites	19
Le suivi	20
3. Restitutions, rencontres, projets et enseignements	21
Rencontres au sein du CHUV	21
Rencontres hors CHUV, réseau et sensibilisation au public.....	22
Enseignement, recherche.....	23
Supervisions, formation continue et matinées au vert.....	24
Composition de l'équipe.....	25
4. Remerciements.....	25

1. Préambule

Depuis son ouverture en avril 2012 jusqu'à la fin de l'année 2025, l'Espace de médiation entre patient-es, proches et professionnel·les (EMP) a traité 6'836 sollicitations dont 6'494 demandes entrant dans sa mission première de médiation entre patient-es, proches et professionnel·les. Les « autres demandes » sont très diverses ; la plupart d'entre elles sont traitées très rapidement, mais elles peuvent parfois demander plus de temps pour l'écoute et la réorientation. À titre d'exemple, ces demandes peuvent concerner : des conflits entre collaborateur·ices, des demandes de stage et de formation, des demandes d'informations sur l'EMP, de demandes concernant des conflits sans lien avec le CHUV, etc. En 2025, ce sont **480 nouvelles demandes** qui ont été reçues : 435 en lien direct avec sa mission et 45 « autres » sollicitations. Créé dans le but d'accueillir des personnes rencontrant des difficultés, des insatisfactions ou des problèmes en rapport avec la prise en charge et la prise en soin hospitalière, l'EMP offre une occasion de partager son vécu et de réfléchir aux possibilités d'action, selon les besoins de chacun·e.

Comme on le verra en détails dans le **chapitre 2**, les problématiques rencontrées peuvent concerner autant des aspects relationnels (communication, attitude) que cliniques (qualité et sécurité de la prise en charge) ou organisationnels (processus, infrastructures). Les suites possibles vont de l'écoute active sans autre démarche, à la rencontre de médiation, permettant aux personnes concernées de dialoguer dans un espace sécurisé, de parler de ce qui ne va pas et, si possible, de recréer un lien de confiance réciproque.

Le **chapitre 3** fait état de toutes les activités annexes réalisées par l'équipe en cours d'année : collaborations, projets, rencontres, restitutions des données dans les services et à la direction générale sous forme anonymisée, enseignements et recherche.

2. Sollicitations de 2025 et synthèse des activités en chiffres

Évolution du monitoring des demandes arrivées à l'EMP

Lors du traitement des demandes, une tâche importante des médiateur·ices consiste à récolter les doléances liées aux prises en charge et à les coder dans une base de données qui sert d'outil de suivi et de monitoring. Ce monitoring permet notamment de chiffrer le nombre de problèmes d'un même type et de restituer ces informations – sous forme agrégée et anonymisée – aux services concernées et à la direction, à des fins d'amélioration des pratiques. Au cours de l'année 2025, nous avons mis à jour cet outil, résultat de réflexions et d'essais menés ces trois dernières années : nous avons ajouté de nouveaux paramètres de codage et modifié en partie notre pratique de saisie des demandes. Pour mettre en contexte cette évolution, il convient de préciser que le logiciel de monitoring actuel a été mis en place en 2016 et permet la saisie de tous les paramètres chiffrés dont nous rendons compte dans nos rapports annuels. Afin de concrétiser l'évolution des pratiques et des expériences de l'EMP au fil du temps, il nous a semblé essentiel d'adapter notre outil. Nous avons souhaité y intégrer les informations supplémentaires suivantes :

- « *Moment du dépôt de la doléance* ». Par rapport aux événements qui leur ont posé des difficultés dans leur prise en charge au CHUV, à quel moment les personnes prennent-elles l'initiative de nous solliciter ? Au fil du temps, nous avons constaté que des personnes pouvaient nous solliciter non seulement lors d'une prise en charge en cours, mais aussi des années, voire des décennies après l'expérience douloureuse de l'hôpital ; parfois encore, avant même de venir à l'hôpital.
- « *Connaissance de l'EMP* » et « *Mode du premier contact (saisine)* ». Comment les personnes ont-elles pris connaissance de la possibilité de faire appel à l'EMP ? Et quel est le canal par lequel elles nous sollicitent ? Ces informations sont utiles pour mesurer l'accessibilité de l'EMP et repérer si nous devrions éventuellement adapter notre communication.
- « *Intentions* » et « *Attentes* ». Sous le terme d'intentions, nous répertorions le but visé par les personnes qui sollicitent l'EMP : qu'ont-elles besoin de faire par rapport à leur situation ? que voudraient-elles obtenir ? Par « attentes » nous entendons les attentes vis-à-vis des médiateurs et médiatrices : quelles actions sont attendues de leur part ? Ces paramètres renseignent sur la motivation et les besoins des personnes qui nous sollicitent d'une part, et, d'autre part, elles nous aident aussi dans notre pratique, pour guider l'exploration du vécu et les différentes démarches possibles.

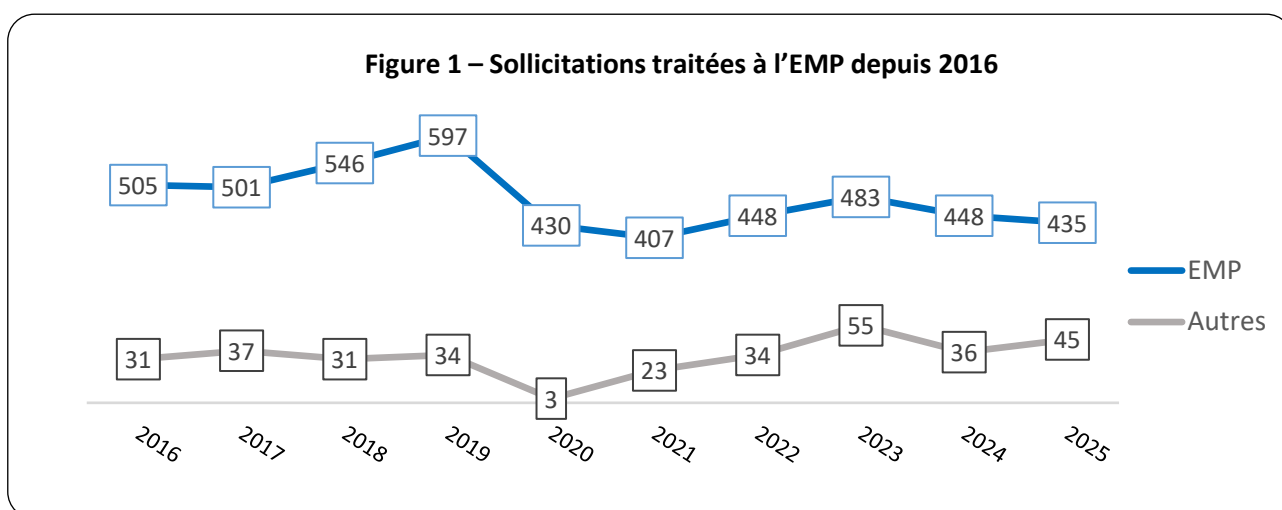
Nous avons aussi modifié certains paramètres qui existaient déjà. Nous avons par exemple ajouté la catégorie de demandeur·euses « *Patient-es & Proches* » (en complément des demandeur·euses « *Patient-es* » ou « *Proches* » seul-es), car il n'est pas rare que patient et proche(s) sollicitent l'EMP ensemble, chacun·e étant porteurs de doléances. Nous avons aussi reformulé la suite « *Médiation* » en « *Rencontre de médiation* », pour être plus précis dans la description de notre action – voir à ce sujet les explications plus détaillées

figurant à la page 17. Dans le même ordre d'idée, nous avons renommé la suite « *Écoute seule* » en « *Recueil de récit sans autre suite* ».

Finalement, nous avons décidé de séparer les sollicitations qui entrent dans la mission de l'EMP *stricto sensu* de toutes les « Autres » demandes que nous traitons (voir Fig. 1). Parmi ces dernières, nous avons : les demandes de renseignements (hors conflit ou difficulté rencontrée au CHUV) ; les situations de conflit entre professionnel·les (sans l'implication de patients ou proches¹) ; les sollicitations diverses (demande de données, sollicitations liées à des travaux de recherche ou de formation, échanges de pratique, renseignements sur notre activité de médiation) ; etc.

Ces nouveautés ont été mises en place au cours de l'année 2025, et des corrections ont été apportées aux données rétroactivement jusqu'en 2023. Dans ce rapport, nous présentons une synthèse de l'activité avec le décompte des demandes au fil des ans depuis 2016, un tableau récapitulatif des trois dernières années, ainsi qu'une description détaillée des chiffres concernant les demandes de l'année 2025.

Synthèse de l'activité



Depuis son ouverture en avril 2012 jusqu'à la fin de l'année 2025, l'EMP a reçu et traité 6'836 sollicitations dont 6'494 demandes dans le cadre de la médiation entre patient·es, proches et professionnel·les (Fig. 1). Au cours de l'année 2025, 480 nouvelles demandes ont été reçues : 435 en lien direct avec notre mission et 45 autres sollicitations. Nonante-deux permanences sans rendez-vous ont été tenues, pour permettre un accès le plus simple et informel possible. À compter du mois de mai, à la suite du départ à la retraite d'une collaboratrice et dans l'attente de sa succession, la fréquence hebdomadaire de ces permanences est passée de trois à deux.

¹ Ces situations sont réorientées vers l'Espace Collaborateurs, le dispositif interne de médiation entre collaborateur·ices

Récapitulatif des trois dernières années

Le tableau 1 ci-après présente les variables les plus importantes concernant les demandes reçues au cours des trois dernières années. Une sélection de ces indicateurs est analysée plus en détails dans les pages qui suivent pour l'année 2025.

Tableau 1 – Récapitulatif des données 2023-2025

		2025	2024	2023
A	Activité globale			
	Demandes traitées à l'EMP	435	448	483
	Sollicitations "Autres"	45	36	55
	Permanences sans rendez-vous	92	12	123
	Jours ouverts (en semaine sauf jours fériés)	206	195	214
	Jours de fermeture extraordinaire ²	46	54	37
	Équivalents plein temps (EPT) moyens sur l'année	2.4	2.2	2.5
B	Demandeur·euses (%)			
	Patient·es	53	57	54
	Proches	30	33	34
	Patient·es & Proches - <i>item dès 2025</i>	5	-	-
	Professionnel·les	6	7	8
	Professionnel·les externes	2	3	3
	Autres	2	0	1
	Non déterminé (ND)	2	0	0
C	Mode du premier contact (saisine) (%)			
	Téléphone	46	48	44
	Courriel	34	37	27
	Permanence	13	4	18
	Transfert interne	4	5	7
	Courrier postal	2	5	4
	Transfert externe	1	1	0
	Autre	1	0	0
D	Mode de traitement des demandes (%)			
	Par téléphone	59	66	58
	En entretien présentiel	31	22	32
	Par écrit	9	12	10
E	Prise en charge en lien avec la doléance (%)			
	Ambulatoire	44	46	42
	Hospitalisation	43	42	44
	Autre	3	1	2
	Non déterminé (ND)	7	8	6
	Non applicable (NA) ³	3	3	6
F	Domaine visé par la doléance (%)			
	Médical	35	39	40
	Administratif	23	18	21
	Médical et soins	14	16	16
	Médical et administratif	12	13	16
	Soins	9	9	7
	Médical, soins et administratif	6	5	1
	Soins et administratif	3	2	1
	Non déterminé (ND)	5	5	5
	Non applicable (NA)	2	4	7

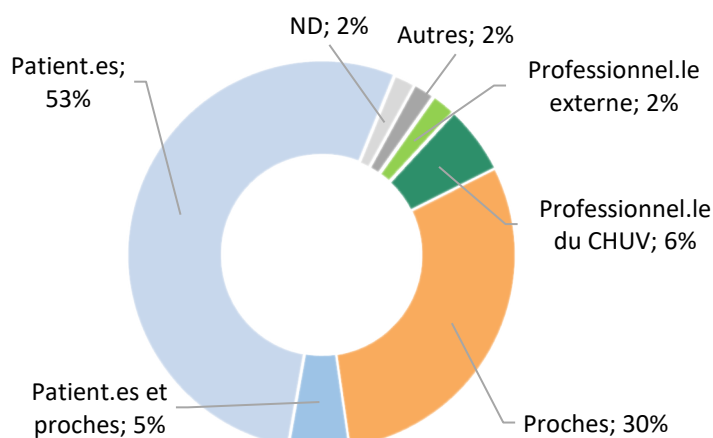
² Périodes de fermeture de l'EMP pour des raisons organisationnelles et afin de permettre un temps de traitement et d'analyse des situations

³ Doléances envers le CHUV qui ne concernent pas une prise en charge spécifique, déposées par des piétons, des visiteurs du CHUV, des transporteurs, des cabinets médicaux, etc.

		2025	2024	2023
G	Moment du dépôt de la doléance (%)			
	Juste après	36	33	31
	En cours de prise en charge	30	36	37
	Dans l'année	14	15	16
	Entre 1 et 5 ans	6	6	5
	En amont de la prise en charge	4	3	3
	Plus de 5 ans	3	2	2
	Non déterminé (ND)	5	3	4
H	Doléances (%)			
		<i>n = 875</i>	<i>n = 784</i>	<i>n = 788</i>
	Processus (administratif, flux, facturation, etc.)	25	26	30
	Égards / Attention	16	13	13
	Communication	15	20	19
	Qualité de la prise en charge	15	12	10
	Sécurité de la prise en charge	14	15	15
	Droits des patients	9	9	7
	Infrastructures et environnement	7	5	5
I	Suites (processus à l'EMP) (%)			
		<i>n = 506</i>	<i>n = 514</i>	<i>n = 536</i>
	Réorientation interne	36	37	31
	Recueil de récit sans autre suite	23	23	25
	Remise en lien	15	11	13
	Transmission d'informations recueillies	12	12	13
	Réorientation externe	5	7	8
	Rencontre de médiation	5	3	4
	Sans suite (demandeur·euse injoignable)	4	8	6
J	Contact des médiateur·ices avec l'autre partie (%)			
	Sans contact	65	72	64
	Avec contact	32	23	27
	Non applicable (NA)	3	5	9
K	Durée de traitement des demandes (%)			
	1 à 7 jours	62	63	61
	8 à 30 jours	19	20	21
	31 à 180 jours	18	15	14
	Plus de 180 jours	1	2	3
	En cours	2	1	0
L	Temps effectif de traitement des demandes (%)			
	Jusqu'à 1 heure	76	76	67
	1 à 2 heures	18	16	22
	2 à 5 heures	6	7	9
	5 à 10 heures	1	< 1	1
	Plus 10 heures	1	< 1	1
M	Connaissance de l'EMP			
	Par un·e professionnel·le du CHUV	35	37	30
	Déjà venu·e	14	19	18
	Internet / intranet	10	3	< 1
	Par un·e professionnel·le externe	7	10	4
	Par un·e proche	4	4	5
	En passant devant	3	3	1
	Autre	1	3	3
	Médias	1	1	1
	Non déterminé (ND)	26	20	39

Qui nous sollicite ?

Figure 2 – Type de demandeur·euses



Comme chaque année, la majorité des personnes qui se sont adressées à l'EMP sont des patient·es (53 % – Fig. 2, un chiffre qui reste assez stable ces dernières années). Les proches représentent près d'un tiers des demandeur·euses en 2025. À compter de cette année, une nouvelle catégorie, « *Patient.es & proches* », est ajoutée pour refléter le fait que dans 5 % des situations, les patient·es entreprennent leurs démarches avec l'EMP accompagné·es par un·e ou plusieurs de leurs proches.

En 2025, la proportion des professionnel·les de la santé parmi les demandeur·euses a légèrement diminué par rapport à l'année dernière. Le personnel du CHUV a toutefois contacté l'EMP pour 25 situations et les professionnel·les externes pour 9 situations.

Le genre et l'âge des patient·es et des proches

À l'instar des dernières années, les patient·es et proches qui nous ont sollicités en 2025, ainsi que les patient·es concerné·es par la situation, étaient plus de la moitié du temps des femmes (57 % – Fig. 3, et 54 % – Fig. 4, respectivement).

Figure 3 – Genre des demandeur·euses



Figure 4 – Genre des patient·es



En 2025 la tranche d'âge des 25-44 ans est pour la première fois légèrement plus représentée que celle de 45 à 64 ans, habituellement en tête (32 % contre 30 % – Fig. 5). Ce changement peut s'expliquer en partie par un nombre plus élevé de situations concernant les patient·es mineur·es (Fig. 6), dont ce sont les parents qui contactent l'EMP.

Figure 5 – Âge des demandeur·euses

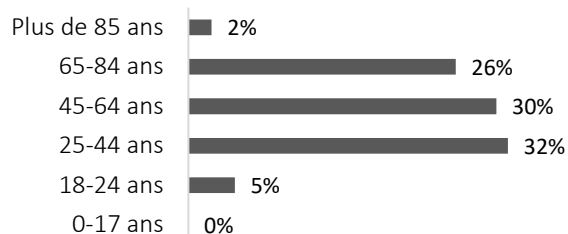
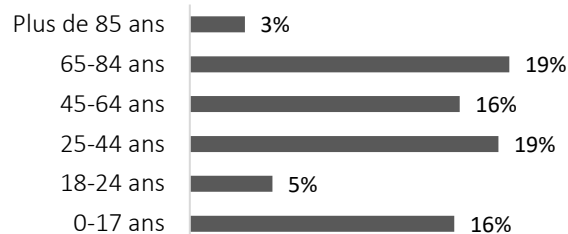


Figure 6 – Âge des patient·es

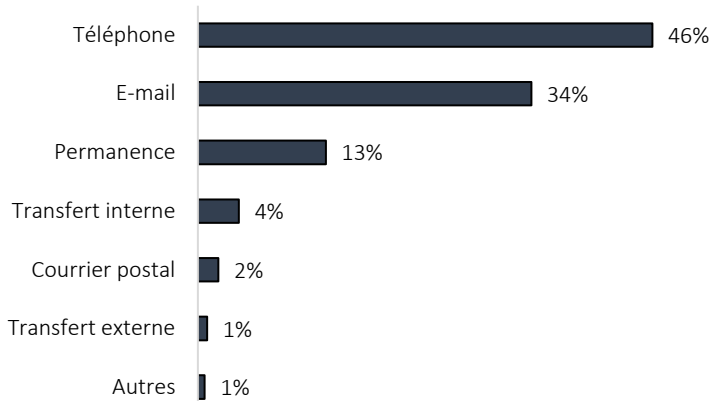


On note également une augmentation des sollicitations de la part de jeunes adultes de 18-24 ans, qui représentent 5 % des demandes en 2025 (Fig. 5) contre 2 % les trois années précédentes.

L'âge des patient·es concerné·es est distribué de manière plutôt équilibrée, à l'exception des plus de 85 ans et des 18-24 ans (Fig. 6). Il est intéressant de remarquer une légère mais constante augmentation de la proportion de patient·es mineur·es, depuis trois ans.

Comment nous sommes sollicité·es et comment nous communiquons avec les demandeur·euses

Figure 7 – Mode du premier contact



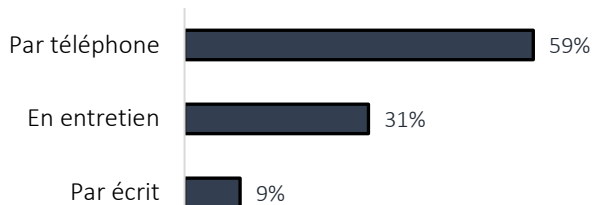
La localisation de l'EMP dans le hall principal du CHUV assure une bonne visibilité (malgré les travaux en cours) et permet un accès très facile aux usager·ères.

Le moyen de prendre contact le plus souvent utilisé par les usager·ères reste le téléphone (46 %). Il est suivi par le courriel (34 %), chiffre qui inclut les messages envoyés au moyen du formulaire de contact de notre site Internet.

Les permanences permettent à des patient·es, proches ou professionnel·les de rencontrer les médiateur·ices sans prendre un rendez-vous au préalable. En 2025, 92 permanences ont été tenues, qui ont permis à 56 nouvelles demandes d'être reçues (13%). En moyenne, cela représente un peu plus d'une sollicitation toutes les deux permanences.

Pour répondre aux sollicitations, les médiateur·ices privilégient les entretiens en face à face et le proposent à chaque fois que cela paraît utile, sur demande ou quand le récit est émotionnellement chargé. Dans presque un tiers des situations, un entretien à l'EMP a lieu.

Figure 8 – Traitement à l'EMP

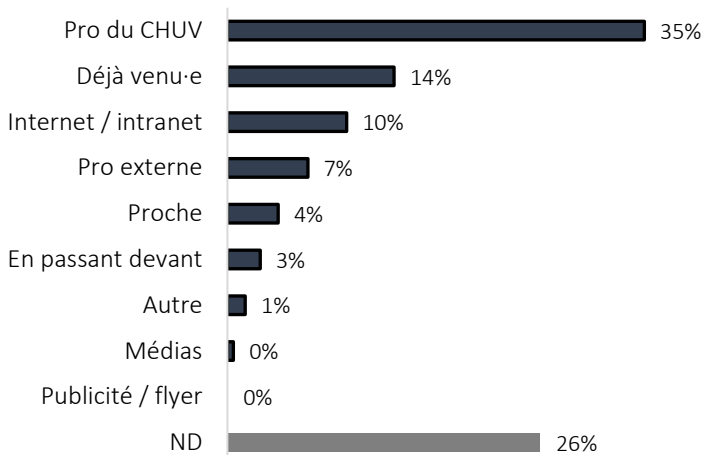


Le traitement de demandes arrivant à l'EMP se fait dans la majorité des cas par téléphone uniquement – 59 % des situations en 2025. Parfois, ce choix est dicté par les limitations de mobilité des usager·ères, un domicile éloigné, parfois c'est la nature de la doléance qui s'y prête mieux, car les personnes sont rapidement réorientées vers d'autres services. Le traitement par téléphone étant plus rapide, la tendance à y recourir traduit parfois aussi la charge de travail des médiateur·ices ou celle des professionnel·les.

L'écrit est un moyen de traitement assez peu utilisé – seulement 9 % en 2025 – et il est limité à des situations où les demandeur·euses saisissent l'EMP par ce biais, sans transmettre de numéro de téléphone ou sans donner suite à la première réponse écrite de l'EMP.

Connaissance de l'EMP

Figure 9 – Connaissance de l'EMP



Répertoriant depuis peu de quelle manière les personnes ont entendu parler de l'EMP, nous remarquons que dans la grande majorité des cas c'est par un·e professionnel·le du CHUV (35 %) qui les a orientées vers l'EMP. On peut y voir un signe de reconnaissance de l'utilité de la prestation proposée par l'EMP de la part des collaborateur·ices de l'hôpital. Par ailleurs, une part non négligeable des sollicitations proviennent de personnes ayant déjà fait appel au service par le passé,

traduisant peut-être ici un sentiment de confiance envers le dispositif. Dans un quart des situations cependant (26 %), nous n'avons pas déterminé comment la personne avait eu connaissance de l'EMP, mais nous pouvons savoir qu'elle n'était jamais venue auparavant.

Quel type de prise en charge et quelles lignes professionnelles sont concernées par les doléances ?

Toutes les doléances reçues sont répertoriées selon le type de prise en charge qu'elles concernent, à savoir soit une hospitalisation, soit une consultation ambulatoire. En 2025, la part de prises en charge ambulatoires est restée très légèrement supérieure à celle des séjours stationnaires (Fig. 10). À noter qu'un faible pourcentage des sollicitations concernent des situations autres que l'ambulatoire ou l'hospitalisation, notamment les doléances en lien avec certaines procédures administratives ou l'infrastructure générale du CHUV.

Figure 10 – Type de prise en charge

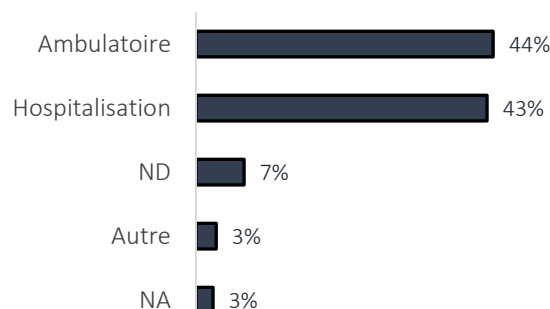
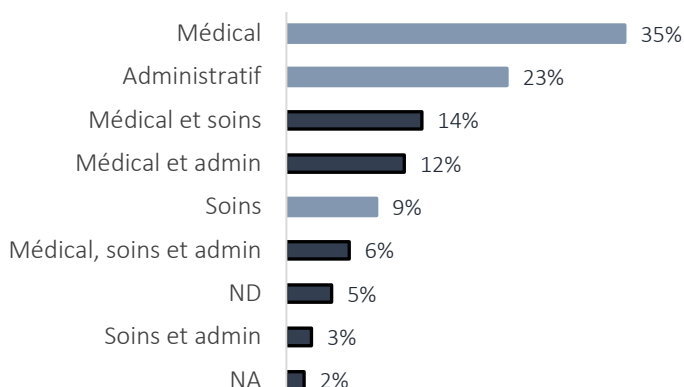


Figure 11 – Domaine concerné par la doléance



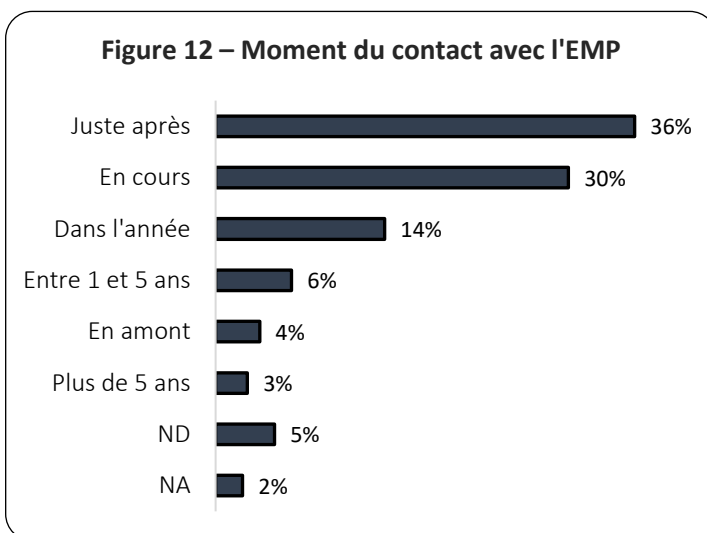
Indépendamment du type de prise en charge, les doléances exprimées peuvent concerner différents domaines cliniques ou lignes professionnelles (médical, soins, administratif). Depuis 2023, plusieurs domaines professionnels peuvent être attribués simultanément à une demande dans notre monitoring. Ceci nous permet de mieux rendre compte de la complexité des situations et de distinguer celles où une seule ligne professionnelle est concernée de celles où plusieurs sont concernées par les doléances (Fig. 11).

On peut voir ainsi que le domaine médical seul reste le plus concerné (35 %) et que plus d'un tiers des sollicitations comportent des doléances qui concernent deux ou trois secteurs professionnels (personnel médical, soignant et/ou administratif).

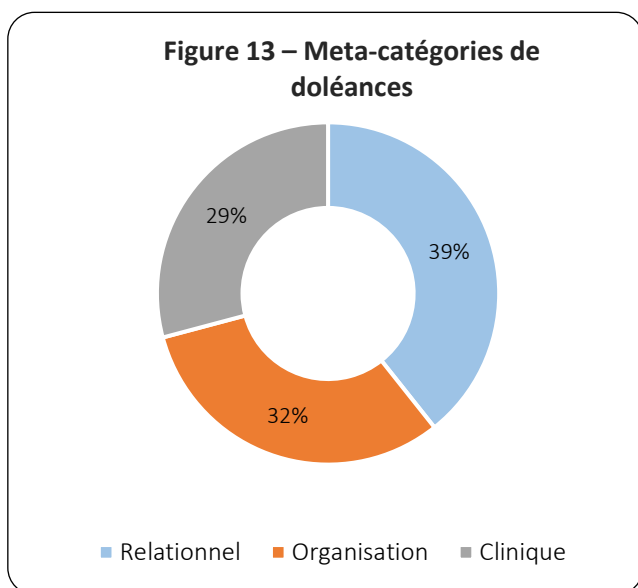
À quel moment la demande est-elle déposée ?

Deux tiers des situations que nous traitons le sont sur le moment, c'est-à-dire juste après un événement (36 %) ou tandis que la prise en charge est encore en cours (30 %). Une petite proportion des demandes (4 %) sont faites « en amont », avant même que la prise en charge voire le contact avec l'hôpital n'aient eu lieu. Les demandes exprimées dans l'année représentent 15%, et 6% pour les demandes arrivées entre 1 et 5 ans après. Une plus faible proportion (3%) concerne des

événements s'étant déroulés il y a plus de cinq ans : l'EMP s'intéressant à l'expérience des usager·ères à l'hôpital, il n'y a effectivement pas de limite temporelle ni de prescription pour prendre contact avec les médiateur·ices.



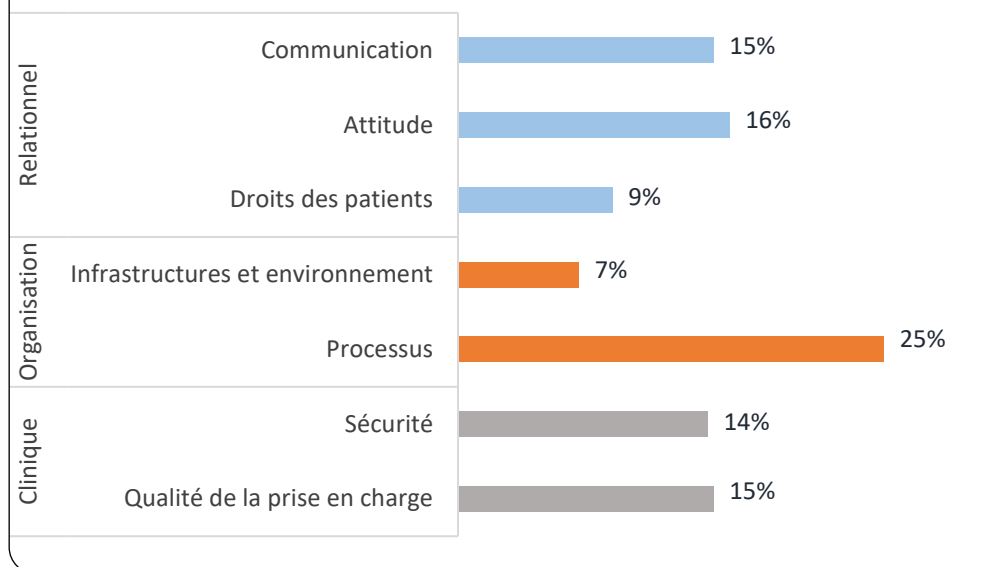
Caractéristiques des doléances



Depuis l'ouverture de l'EMP, la majorité des doléances rapportées ont trait à la dimension relationnelle de la prise en charge. Cela est également le cas en 2025 avec 39 % de situations dans cette catégorie (Fig. 13). Cela tient au fait que c'est une dimension plus facile à appréhender et à évaluer pour une personne qui n'est pas formée dans la santé, mais il faut relever qu'un problème relationnel sert souvent de déclencheur pour décider un·e doléant·e à contacter l'EMP, peut-être parce qu'un désaccord clinique ou organisationnel se résout plus facilement tant que la dimension relationnelle ne rencontre pas de

problème. Précisons ici qu'il est rare qu'un·e doléant·e saisisse l'EMP pour un seul type de problème. Bien souvent, le récit concerne également la clinique ou l'organisation de la prise en charge.

Figure 14 – Catégories de doléances



En regardant plus en détails les catégories incluses dans ces trois dimensions (Fig. 14), on remarque que ce sont les plaintes liées aux processus administratifs qui arrivent en tête, avec une doléance sur quatre. Dans cette catégorie sont par exemple classés : les annulations et reports de rendez-vous, les problèmes de facturation, les délais d’attente, les problèmes liés aux transferts, etc. Viennent ensuite les problèmes d’attitude (de comportement) et ceux liés à la communication (information et écoute).

Le Tableau 2, page suivante, détaille par sous-catégorie les doléances enregistrées au cours des trois dernières années. Les dix doléances les plus fréquentes sont indiquées en gras pour chaque année.

Tableau 2 – Doléances reçues de 2023 à 2025

Catégories de doléances		Doléances	2025	2024	2023
Clinique	Qualité de la prise en charge	Qualité des soins	5%	4%	4%
		Coordination de la prise en charge	5%	5%	3%
		Efficacité des traitements	4%	3%	1%
		Examen clinique ou paraclinique	2%	0%	1%
	Sécurité	Compétence et conduite	4%	3%	3%
		Diagnostic	3%	4%	5%
		Complication, incident	5%	5%	5%
		Médicament	2%	3%	2%
Organisation	Processus	Accès à l'hôpital	5%	5%	7%
		Attente	6%	8%	6%
		Transfert et orientation	1%	1%	1%
		Sortie	2%	2%	4%
		Administratif	8%	8%	8%
		Facturation et coûts	3%	2%	3%
	Infrastructures et environnement	Prestation de soutien	1%	1%	0%
		Équipement, hôtellerie	4%	3%	2%
		Dotations et ressources	2%	1%	2%
Relationnel	Communication	Écoute / implication du PP	6%	6%	5%
		Information inadéquate	4%	10%	10%
		Information absente	5%	5%	4%
	Attitude	Qualité du contact	11%	9%	11%
		Disponibilité, engagement	5%	4%	2%
	Droits des patients	Accès à l'information	1%	0%	0%
		Discrimination	1%	2%	2%
		Violence agie, abus, maltraitance	3%	3%	2%
		Secret médical	0%	1%	1%
		Consentement	2%	3%	2%
		Directive anticipée / projet de soins	0%	0%	0%
Contention	1%	0%	0%		
Total des doléances N =			875	784	788

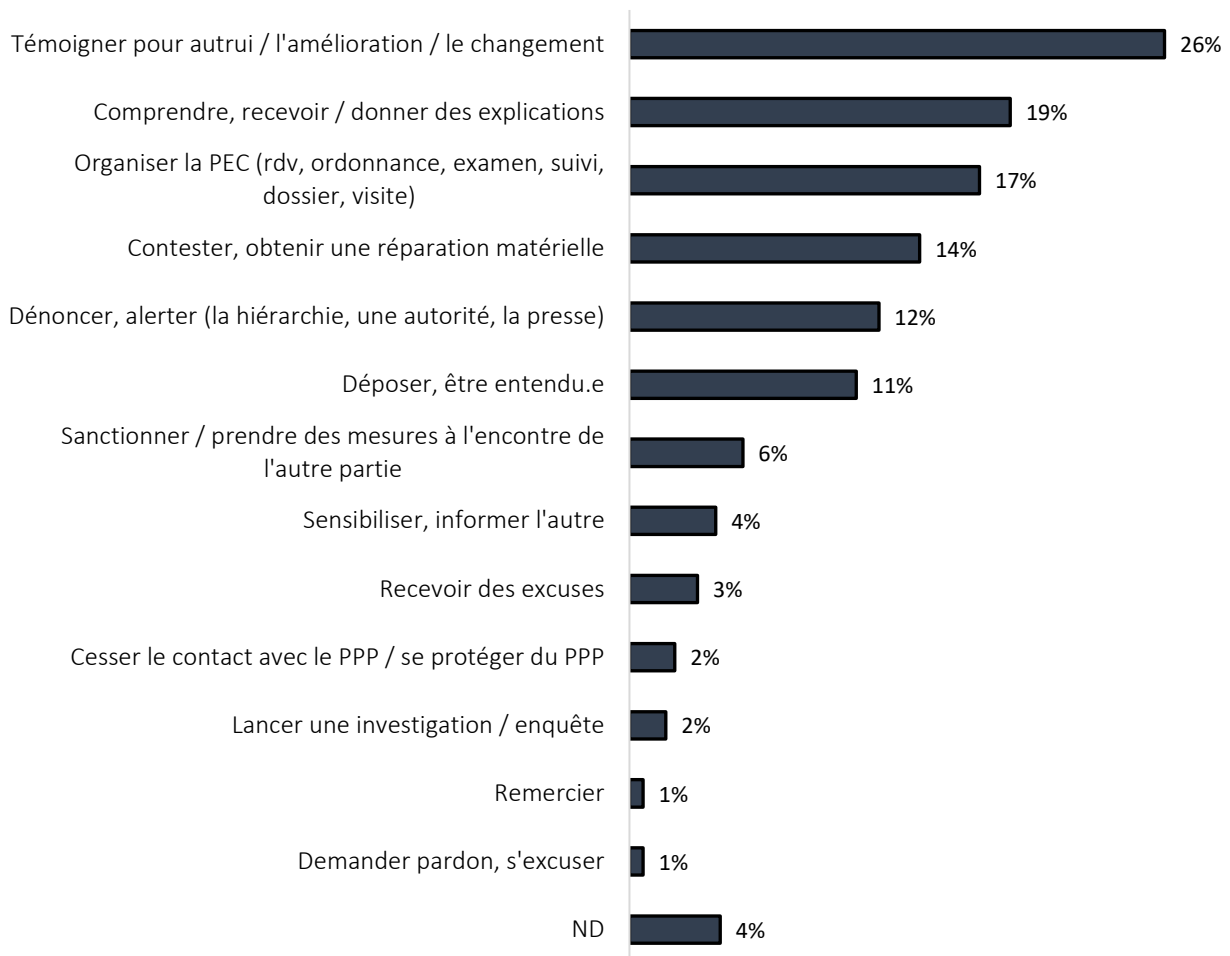
Ce sont les doléances en lien avec la « qualité du contact » (manque d'égards, de tact, d'empathie, de respect, etc.) qui ont été le plus exprimées en 2025, comme cela est souvent le cas. Les problèmes administratifs arrivent en deuxième position (problèmes liés aux procédures, à la gestion des séjours comme les rendez-vous reportés ou annulés, les délais pour obtenir un rapport, les objets perdus, etc.). On peut relever que la doléance « information inadéquate » a très fortement baissé en 2025 (d'un pic de 10 % en 2023 et 2024 à seulement 4 % en 2025). Cela concerne les doléances rapportées d'informations erronées, tardives, inadéquates ou contradictoires.

Intentions et attentes des demandeur·euses

Comme expliqué dans le chapitre 2, page 4, nous présentons dans ce rapport deux nouvelles variables. La première concerne les « intentions » et la seconde les « attentes » des personnes qui nous sollicitent. En ce

qui concerne les « intentions » (voir Fig. 15 ci-dessous), nous cherchons à savoir à quelles fins, dans quel but, pour obtenir quoi, les personnes nous contactent. Pour certaines de ces intentions, l'EMP est habilité à intervenir (témoigner pour l'amélioration, recevoir des explications, être entendu, etc.), pour d'autres ce n'est pas le cas (fixer un rendez-vous avec un médecin, prescrire un examen, sanctionner un-e collaborateur-ices, lancer une investigation, etc.) et les médiateur-ices prennent le temps d'expliquer ce qu'il est possible de faire ou pas dans le cadre de la médiation hospitalière, et orienter au besoin vers les ressources existantes. Dans de nombreuses situations, plusieurs intentions sont exprimées, et il s'agit alors souvent de clarifier ce qui peut être fait avec l'EMP, et ce qui peut être traité par d'autres services.

Figure 15 - Intentions des demandeur-euses

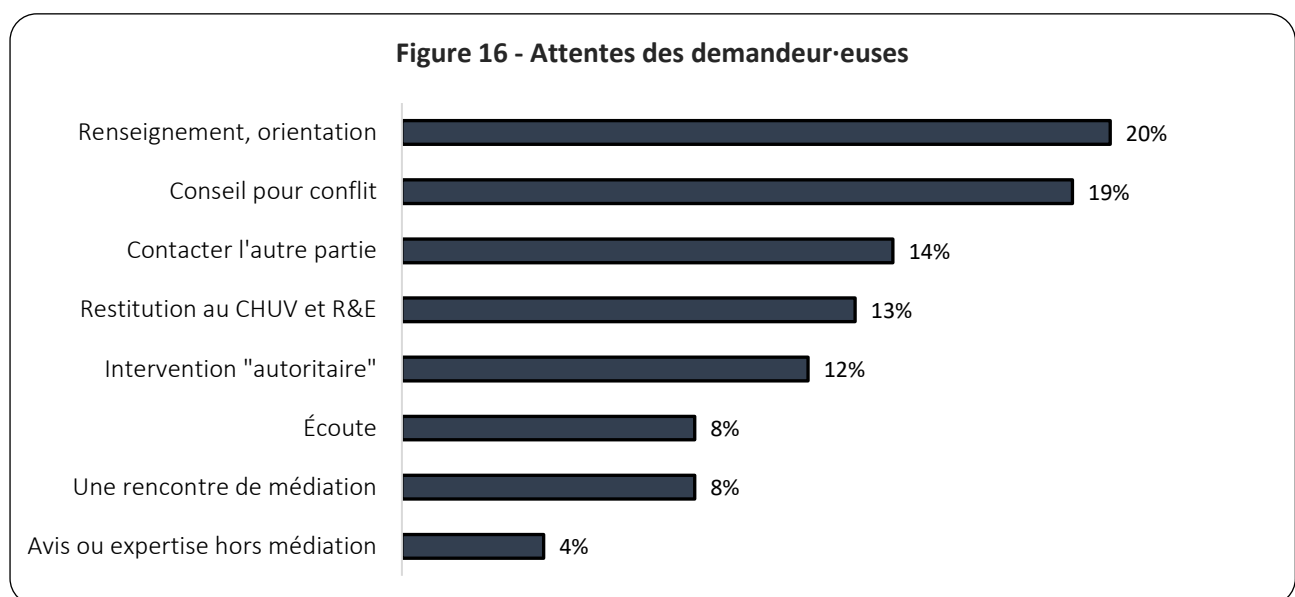


Nous avons constaté que dans un quart des situations, la personne déclare qu'elle a contacté l'EMP dans le but que ce qu'elle a vécu n'arrive pas à d'autres, que son expérience puisse servir à améliorer ou changer les pratiques. Le besoin de comprendre ce qui s'est passé, de recevoir des explications arrive en deuxième position. À elles deux, ces intentions ont été présentes dans 45 % des situations. En troisième position (17 %), le but de la démarche est d'organiser la prise en charge : on nous sollicite alors pour obtenir un rendez-vous, un document, un certificat, un rapport, un résultat. Pour ces intentions, l'équipe n'a pas les compétences pour répondre de manière autonome : il faut alors soit remettre la personne en lien avec le service concerné,

soit éventuellement contacter ce dernier pour transmettre des informations. De même, lorsque la personne souhaite obtenir une compensation financière, dénoncer ou sanctionner un·e collaborateur·ice ou encore lancer une investigation. En dernières positions, nous avons les personnes qui nous contactent dans le but de remercier les équipes et celles qui souhaitent s'excuser d'avoir eu un comportement inadéquat. Ces catégories représentent chacune 1 % mais elles soulignent que les personnes ne viennent pas forcément à nous pour « se plaindre ».

Ces données attestent du fait que la fonction de médiateur·ice hospitalier·ère, récente dans le système de soins, n'est pas toujours bien comprise par les usager·ères et qu'un travail de clarification est très souvent nécessaire lors des premiers contacts. Il sera intéressant d'observer comment cette variable évolue avec le temps.

En parallèle aux « intentions » décrites ci-dessus, nous avons aussi pris note des « attentes » des usager·ères, en particulier dans le but de déterminer ce qu'elles et ils attendent des médiateur·ices en termes d'action et de suite (Fig. 16). Ici comme pour la variable précédente, plusieurs attentes peuvent être exprimées lors d'une seule sollicitation et certaines sont de notre ressort, d'autres pas.



Le deux premières attentes « renseignement, orientation » et « conseil pour conflit » mettent en évidence que très souvent, les personnes qui nous sollicitent ne savent pas quoi faire dans la situation qui les préoccupe. Cela souligne le rôle important joué par les médiateur·ices dans l'accompagnement et l'orientation des personnes, non seulement en les renseignant quant aux diverses démarches possibles et leurs implications, mais aussi en tant qu'expert·es du conflit. Lorsqu'une « intervention autoritaire » ou un « avis ou expertise » sont demandés, c'est une fois encore une orientation qui sera nécessaire, car les médiateur·ices n'ont pas autorité ou compétence en dehors des aspects relationnels et du travail sur la reprise du dialogue.

LE SUIVI ET LES SUITES DONNÉES AUX DEMANDES

Lorsqu'une personne s'adresse à l'EMP, les médiateur·ices clarifient avec elle quelles sont ses attentes et ses besoins puis explorent les diverses options envisageables. L'intervention de l'EMP reste minimale pour favoriser la responsabilisation des parties et encourager au besoin le contact et le dialogue entre elles, l'objectif étant de les orienter pour qu'elles trouvent elles-mêmes une solution à leurs difficultés.

La place de la médiation dans l'accompagnement

À la lecture de nos rapports annuels, l'on peut s'étonner de la proportion relativement faible de « médiations » (5 % des « suites » données aux sollicitations en 2025), et de celle, prépondérante, des autres « suites » telles que les réorientations (41 % de réorientations internes et externes en 2025).

Dans les faits, tous les membres de l'équipe ont été formés en médiation et exercent leur activité dans cet état d'esprit, même lorsque le traitement d'une situation n'aboutit pas à une médiation à proprement parler. Au sens strict du terme, la médiation est définie comme une rencontre entre les parties au conflit, en présence d'un tiers neutre et indépendant – un·e médiateur·ice – dans un cadre bien défini, notamment garantissant la confidentialité des échanges, dans le but de rétablir le dialogue constructif et chercher des solutions mutuellement satisfaisantes.

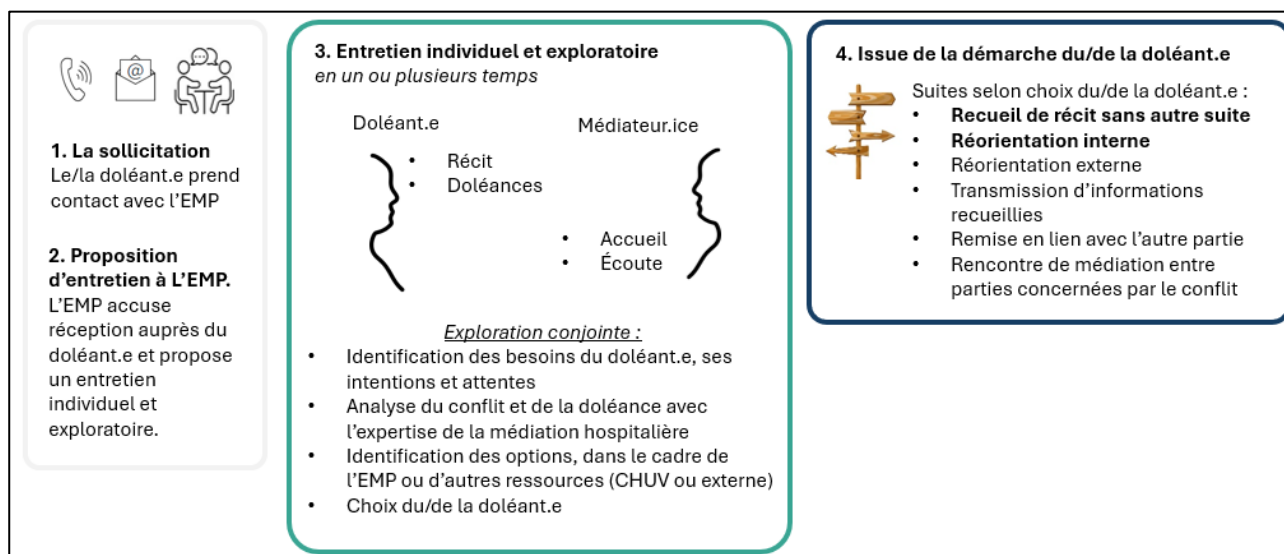
Dans leur travail quotidien de traitement des sollicitations, les médiateur·ices de l'EMP adoptent une posture de médiation, en mettant en œuvre les principes déontologiques au fondement de cette approche spécifique des conflits. Ils et elles abordent les situations en tant que **tiers** extérieurs au conflit, sans engagement et sans responsabilité par rapport aux événements discutés, sans connaissance préalable de circonstances spécifiques et individuelles. Ils et elles sont **neutres** par rapport à l'objet du conflit : ils et elles se gardent de prendre position sur les faits, n'ont pas pour rôle de dire si tel geste ou parole était « juste » ou « faux », si ce qui s'est passé était « normal » ou pas. De surcroît, ils et elles traitent chaque demande, et c'est important de le préciser lorsque l'on parle d'un Espace de médiation institutionnel, en toute **indépendance**, en dehors de tout lien hiérarchique avec les services de l'hôpital, sans possibilité de consulter les dossiers, ni de donner ou recevoir d'instructions de la part des personnes ou services concernés. La stricte **confidentialité** est aussi un pilier de cette approche, par la garantie que rien ne sera transmis au dehors, à moins qu'il en soit explicitement décidé autrement. Ces quatre éléments essentiels de la déontologie de la médiation⁴ facilitent l'accueil des récits et l'ouverture des personnes vivant une situation difficile, ils encouragent l'expression du ressenti et du point de vue de chacun·e. Selon la nature du conflit et la volonté des personnes impliquées (la médiation est par essence volontaire), ils permettent aussi d'accompagner les doléant·es dans la recherche d'une solution qui correspond à leurs besoins, en favorisant la réflexion sur les intentions, les attentes, les

⁴ Ce ne sont pas là les seuls principes déontologiques de la médiation. Pour une vision plus complète, on peut se référer aux « lignes directrices et déontologiques pour médiatrices et médiateurs FSM » édités par la Fédération Suisse Médiation (FSM).

options possibles. Tous ces éléments nous poussent à considérer que dès les premiers échanges (en entretiens individuels et même par écrit), nous faisons déjà de la médiation au sens large du terme. Pour marquer cette distinction, nous avons ainsi décidé de renommer la suite « *médiation* » en « *rencontre de médiation* ».

Afin d'illustrer cela, nous pouvons décrire le cheminement d'une demande à partir du moment où un·e patient·e, proche ou professionnel·le sollicite l'équipe de médiation.

Figure 17 – La posture de médiation est présente dès la sollicitation et à travers l'entretien individuel et exploratoire, en amont des suites données aux sollicitations.



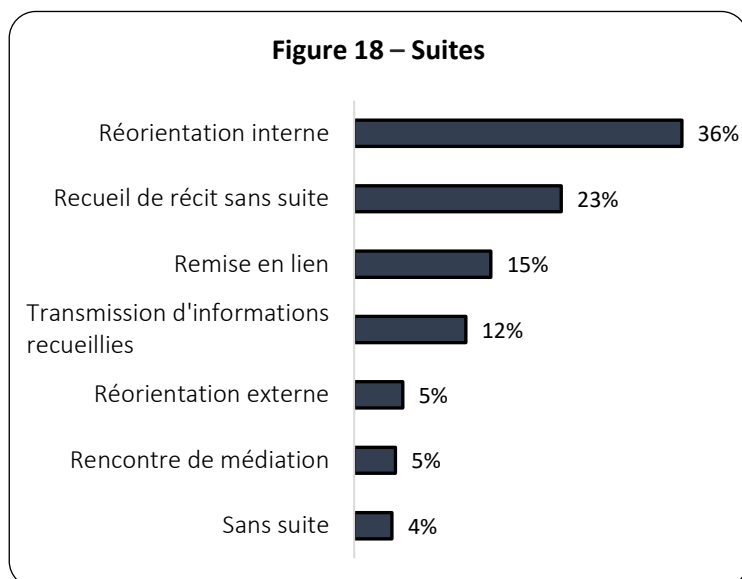
Le plus souvent la rencontre de médiation n'est pas l'option qui est souhaitée. Selon les besoins de la personne doléante, il peut être plus approprié de la réorienter vers d'autres ressources, qu'elles soient internes ou externes. Lors de cet accompagnement, le médiateur ou la médiatrice garde sa neutralité et son indépendance ; il ou elle ne se prononce pas en faveur des intérêts d'une partie, ni ne reçoit d'instructions sur la manière d'agir.

En l'absence de rencontre directe entre parties, il est fréquent que les médiateur·rices entreprennent des contacts séparément avec les parties pour faciliter la communication et transmettre des informations, ou a minima préparent les personnes à se reparler entre elles dans un futur proche sans la présence d'un tiers – une forme de facilitation et d'encouragement au dialogue que nous nommons « Remise en lien » (15 % des suites en 2025). Lorsqu'un médiateur ou une médiatrice contacte l'autre partie, la discussion est également guidée par la même posture de médiation. La personne est entendue en toute neutralité et les propos recueillis restent confidentiels, si tel est son souhait. Toute suite impliquant l'autre partie, par exemple une rencontre de médiation ou une transmission d'information, aura lieu uniquement en accord avec sa volonté.

À tout moment et quelles que soient les suites, l'approche choisie n'est pas d'ordre médical, juridique, ou encore administratif ; l'expertise est celle du conflit. Ainsi les médiateur·rices apportent un soutien à toute

personne qui les approche ou qu'ils ou elles contactent pour comprendre où elle se situe dans le conflit qu'elle vit, et explorent avec elle des pistes dans l'optique de promouvoir le dialogue et la coopération entre soignants et soignés.

Les suites



La répartition des suites données en 2025 (Fig. 18), sachant qu'une même situation peut déboucher sur plusieurs types de suivi, nous montre, comme les années passées, que c'est la « *Réorientation interne* » qui arrive en tête (39 %). Dans ce cas, la médiatrice ou le médiateur accompagne les doléant-es dans l'analyse de leur situation, éventuellement la formulation de leurs besoins, et les oriente vers les ressources internes au CHUV qui sont habilitées à y donner suite. Il peut s'agir par exemple de

l'Unité des affaires juridiques (AFJ) pour une demande d'investigation, ou encore de la Direction médicale pour une demande d'accès au dossier médical. Contrairement à ce que nous définissons comme la « *Remise en lien* », les réorientations internes indiquent qu'il n'y a pas de volonté de dialoguer avec la personne impliquée dans le conflit rencontré, mais de procéder par voie écrite (en écrivant par exemple à la chefferie de service ou en s'adressant à une autorité).

En seconde position, on trouve le « *Recueil de récit sans autre suite* » (23 %), qui concerne les situations dans lesquelles, après avoir écouté les demandeur-euses et pris note de leur témoignage et doléances, les usager-ères et les médiateur-ices n'entreprennent pas d'autre démarche. Dans bien des cas, le fait d'avoir pu partager son expérience suffit. Cependant, depuis 2023, la proportion de situations impliquant un « *Recueil de récit sans autre suite* » a fortement diminué ; cette tendance à la baisse ne signifie pourtant pas forcément que moins de situations sont suivies de cette manière. En effet, depuis cette date, une modification de la documentation des situations a permis de mieux tenir compte des suites données à chaque sollicitation. Les chiffres présentés reflètent donc plus précisément la réalité de notre activité.

En 2025, les médiateur-ices ont mené 23 rencontres de médiation entre les patient-es (et/ou leurs proches) et les professionnel·les. Un chiffre en hausse par rapport au minimum historique atteint l'année dernière, lorsque seulement 11 rencontres avaient eu lieu. Comme évoqué dans notre rapport 2024, un effectif réduit dans l'équipe avait mené à des fermetures exceptionnelles et rendu plus difficile l'organisation des rencontres. Les autres suites possibles sont les suivantes :

- « *Transmission d'informations recueillies* » : les médiateur-ices obtiennent des renseignements au sein de l'institution et les transmettent aux personnes doléantes ou inversement ;
- « *Remise en lien* » : cette suite concerne les situations où les personnes doléantes font part d'une volonté de dialogue avec l'autre personne concernée. Les médiateur-ices accompagnent alors la personne dans ce sens, soit en favorisant les conditions du dialogue (ex : préparation avec une patiente en vue de sa prochaine consultation avec son médecin), soit en prenant contact avec le service concerné pour parler de la situation et des pistes pour une meilleure entente.
- « *Réorientation externe* » : orientation vers une ressource externe au CHUV (par exemple : Bureau Cantonal de Médiation Santé et Social, médecin traitant, assurance, association, etc.) ;
- « *Sans suite* » : demandes qui nous parviennent (par écrit ou sur notre répondeur) et pour lesquelles nous ne sommes pas parvenus à contacter la personne.

Quelles que soient les suites données aux situations, tous les témoignages sont répertoriés dans notre base de données et, après anonymisation, utilisés comme matériau de recherche et d'analyse pour l'enseignement et les restitutions au sein de l'institution. Ainsi, les expériences et récits recueillis peuvent contribuer à l'amélioration des pratiques et répondre à l'attente très souvent exprimée que « cela n'arrive pas aux autres ».

Le suivi

Une situation est considérée comme close lorsque la personne doléante estime avoir été entendue ou orientée vers la bonne ressource, lorsqu'elle a reçu les informations dont elle avait besoin, ou encore lorsque le champ de compétences de l'équipe de médiation ne permet pas d'autre action de sa part. La proportion des situations traitées en moins d'une heure reste stable et représente plus des trois quarts des situations (Fig. 19).

Figure 19 – Temps effectif de traitement des demandes

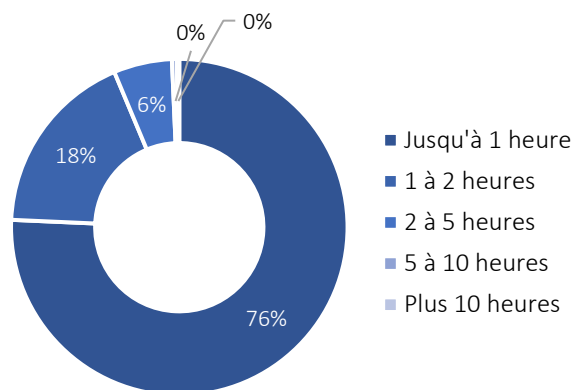
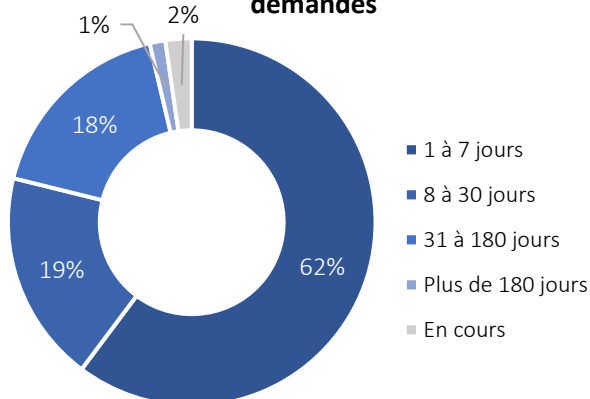


Figure 20 – Durée de traitement des demandes



Comme le montre la Figure 20, une partie de ces situations est traitée sur une durée plus longue qu'une semaine et implique plusieurs appels ou rencontres en l'espace de quelques semaines voire mois. Pour 62 % des demandes, les dossiers sont clos en l'espace d'une semaine.

3. Restitutions, rencontres, projets et enseignements

Rencontres au sein du CHUV

Les échanges institutionnels constituent une part importante de l'activité de l'équipe de l'EMP. Nous avons pour but que la diversité des témoignages et doléances recueillis quotidiennement sur l'expérience des patient·es, proches et professionnel·les puissent inspirer des projets d'amélioration des prises en charge. Pour ce faire, nous procédons à différents types de restitutions de données au sein de l'institution, tout en préservant strictement la confidentialité des personnes et/ou services impliqués. Ainsi, les situations sont présentées de façon agrégée et anonymisée.

En premier lieu, nous organisons des **restitutions au niveau des services concernés** par les doléances. En 2025, nous avons réalisé ce travail auprès de quatre services différents. Les données les concernant sont présentées lors de rencontres avec la direction du service (médicale, soignante et administrative) qui souvent convie d'autres collaborateurs à ces séances. Elles sont l'occasion de présenter certaines caractéristiques des demandes reçues dans une période définie (par exemple profil des demandeur·euses, types de doléances et de traitement des demandes, tendances et évolutions, verbatims).

En plus de ces restitutions dans les services cliniques, plusieurs rencontres sont aussi planifiées tout au long de l'année avec différents **partenaires de l'institution** dans le but d'échanger sur des thématiques transversales et de favoriser autant que possible la collaboration. Ces rencontres et les collaborations qui en résultent sont particulièrement bénéfiques à l'analyse systémique de la doléance et à la recherche de mesures concrètes d'amélioration de la prise en charge hospitalière dans son ensemble.

Comme lors des années précédentes, des **rencontres trimestrielles avec des représentant·es de la Direction médicale (DIM) et de la Direction des soins (DSO)**, nous ont permis de relayer des thématiques communes identifiées dans les témoignages déposés à l'EMP et susceptibles d'inspirer l'élaboration ou l'aménagement de projets transversaux et organisationnels au sein de l'institution. La DIM et la DSO croisent les doléances rapportées par l'EMP avec d'autres sources internes de collecte de l'insatisfaction telles que les plaintes adressées à l'Unité des affaires juridiques, les enquêtes satisfaction patient·es ou les données du Recueil des événements critiques et indésirables (RECI). Des démarches d'amélioration lancées à la suite de ces restitutions ont été décrites dans un article publié par le *New England Journal of Medicine, Catalyst of Innovation in Health Care*⁵ au printemps 2025. En 2025, les problématiques suivantes ont par exemple été relayées lors de ces rencontres trimestrielles : la gestion de la douleur ; l'usage du diagnostic de « transsexualisme » et la facilitation du parcours pour les patient·es concerné·es ; la communication aux proches quand un des leurs est au bloc opératoire ; les modalités d'accès au dossier patient par des proches,

⁵ <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.24.0238>

le parcours et la prise en charge des patient·es à mobilité réduite ; la coordination de la prise en charge d'un·e patient·e chronique complexe. Ces rencontres ont généré des réflexions et nourri le développement de mesures, notamment en matière : de projets d'aménagements de places de parc et de dépose ; d'informations aux services cliniques concernant le diagnostic de « dysphorie de genre » ; d'information aux proches après opération, etc. D'autres démarches d'amélioration initiées auparavant ont été avancées, par exemple au sujet de la confidentialité des courriers (rapports médicaux) adressés aux patient·es, l'information aux proches de patient·es décédé·s accidentellement par mort non-naturelle, etc. Ces rencontres ont également permis de questionner et de revoir le processus de gestion de certaines doléances en vue d'une meilleure traçabilité et efficacité d'orientation dans le système.

En 2025, comme lors des deux années précédentes, nous avons rencontré chaque mois Anne-Sylvie Diezi Capcarrere, responsable du projet « **Information Patients** » au Service de communication. Nous avons également eu l'occasion d'échanger sur nos pratiques respectives et observations sur les problématiques rencontrées à l'hôpital, lors de rencontres organisées avec l'**Unité des affaires juridiques** et l'**Espace collaborateurs** (espace homologue dédié aux conflits entre collaborateurs).

Comme chaque année, l'équipe de l'EMP a présenté son activité au **comité de la Direction médicale et Direction des soins**. Notre collègue Silvia Fuertes Marraco est également intervenue dans le cadre d'un **colloque de médecins du CHUV et hors CHUV en médecine interne**, avec une présentation sur « La communication de l'erreur médicale : comment s'excuser ? ».

Pour finir, en 2025, notre collègue Claudia von Ballmoos a participé en tant que membre à quatre séances plénières de la **Commission d'éthique clinique du CHUV**, qui s'occupe des questions éthiques qui concernent le CHUV en tant qu'institution ou qui nécessitent une recommandation d'ordre général. Dès le mois de juillet, Béatrice Schaad l'a remplacée au sein de cette commission, participant à deux séances plénières.

Rencontres hors CHUV, réseau et sensibilisation au public

En 2025, nous avons eu l'opportunité de partager nos pratiques respectives avec plusieurs partenaires et expert·es externes lors de rencontres dédiées, à savoir : Sébastien Kohler, médiateur parents-adolescents à la **Fondation de Nant** ; Deborah Ducommun, responsable juridique de l'**Ensemble Hospitalier de la Côte** ; Laurent Hyvert, responsable des activités cliniques communautaires chez **Unisanté**. Nous avons également rencontré l'équipe du **Bureau cantonal de médiation administrative**, dans le but d'échanger sur nos pratiques respectives et de préciser les situations dans lesquelles nous sommes amenés à collaborer.

À deux reprises (une fois à Genève et une fois en ligne), nous nous sommes rencontrés avec nos homologues médiatrices des **Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)**, de l'**HRC Rennaz**, de l'**Hôpital de Sion**, du **Centre hospitalier de Bienne**, du **Réseau de l'Arc** et des **Établissements publics pour l'intégration de Genève (EPI)**, afin de poursuivre le travail de réflexion initié en 2024 et le partage d'expériences et de bonnes pratiques.

liées à la médiation hospitalière ou de santé. Les membres de l'équipe ont aussi continué d'accompagner les collègues du Réseau de l'Arc et du Centre hospitalier Bienne dans l'utilisation de l'outil de monitoring.

Enfin, notre collègue Claudia von Ballmoos a donné une conférence sur la thématique « La médiation à l'hôpital » dans le cadre de **Connaissance 3 – Pied du Jura (L'université des seniors)**.

Enseignement, recherche

En plus des restitutions, des rencontres et des présentations données par l'EMP, le matériau unique constitué par les témoignages récoltés nourrit également plusieurs enseignements destinés à des publics divers, à différents niveaux hiérarchiques et professionnels au sein de l'institution ou à l'externe. Les **formations dispensées** en 2025 par l'équipe de médiation représentent près de 85 heures d'enseignement sur le conflit à l'hôpital et comprennent :

- Un module de formation continue au Centre des formation du CHUV, élaboré avec nos collègues de l'Espace collaborateurs, intitulé « *Conflit à l'hôpital : comment faire ?* » et destiné à toutes les collaboratrices et tous les collaborateurs du CHUV ;
- Un séminaire sur le tiers dans la relation thérapeutique dans le cadre du module « *Médecine et santé communautaires ; santé publique et sciences humaines et sociales en médecine* », destiné aux étudiant-es de première année de Bachelor de l'École de médecine (UNIL-FBM) ;
- Un enseignement sur le conflit à l'hôpital dans le cadre des semaines d'approfondissement des cours-bloc de l'École de médecine (UNIL-FBM), destiné aux étudiant-es de première année de Master ;
- Un cours sur le patient dans le système de soins, destiné aux étudiant-es de deuxième année de Master de l'École de médecine (UNIL-FBM) ;
- Un module de formation interprofessionnelle sur le conflit à l'hôpital, destiné aux étudiant-es en soins infirmiers de l'École de la Source et d'étudiant-es de l'École de médecine (UNIL-FBM) ;
- Un module intitulé « *Conflict and mediation in hospital context* » et destiné à une vingtaine d'étudiant-es issues de différentes universités internationales (dont l'UNIL) dans le cadre du programme *Blended Intensive Programme* de l'Alliance civique des universités en Europe (CIVIS).

Les données récoltées à l'EMP forment également un matériau empirique singulier pour **la recherche et les enseignements** sur les relations soignant-es et soigné-es menés par Béatrice Schaad, professeure à l'Institut des Humanités en Médecine (UNIL-FBM/CHUV), en charge de l'étude et de l'enseignement sur les relations entre patient-es et professionnel·les à l'hôpital. Jusqu'à ce jour, les données de l'EMP ont été le sujet de huit travaux de master en médecine supervisés par Béatrice Schaad, dont : Le portrait des utilisateurs récurrents de l'EMP (Naomi King'ori) ; La valeur et l'impact que les professionnels accordent à la restitution des doléances (Nina Schaer) ; L'expérience de la médiation par les patients et leurs proches et son impact sur la relation avec les professionnels et plus largement la pratique de la médecine (Mathilde Paiva) ; Le vécu et l'expérience des patients et de leurs proches après s'être plaints d'une prise en charge (Ophélie Cornut) ;

L'errance dans le système vécue par les patientes atteintes d'endométriose (Milla Geinoz). Ces mêmes données inspirent plus d'une centaine d'heures d'enseignements dispensées en pré-, post-gradué et en formation continue.

L'équipe de l'EMP s'est également impliquée dans différents projets de recherche dirigés ou co-dirigés par Béatrice Schaad, portant notamment sur les sujets suivants :

- Analyse des doléances de l'EMP par intelligence artificielle ;
- Modèle de restitution des doléances de l'EMP ;
- Valeur économique de la prévention du conflit ;
- Taxonomie des doléances des professionnels.

Les médiateur·ices de l'EMP ont participé à ces projets soit en faisant partie intégrante des groupes de recherche, soit en retravaillant les données de l'EMP pour les mettre à disposition des porteurs de projets. Ces différents engagements représentent plus de 150 heures de travail réparties entre les différents membres de l'équipe durant l'année 2025.

Supervisions, formation continue et matinées au vert

En 2025, les médiateur·ices de l'EMP ont bénéficié de 11 séances de supervision d'équipe de deux heures et ont mené dans ce cadre une réflexion approfondie sur leur pratique de la médiation institutionnelle dans un contexte hospitalier. Cette supervision est assurée par Florence Studer, médiatrice indépendante depuis plus de 20 ans, responsable des formations à la médiation de l'Université de Fribourg, par ailleurs intervenante en Thérapie Sociale. L'équipe de l'EMP a également été accompagnée à deux reprises par le Prof. Friedrich Stiefel, chef de service de psychiatrie de liaison du CHUV, pour des séances de supervision avec une orientation spécifique sur des aspects psychologiques. Ces différentes séances de supervision ont complété des séances d'intervision (entre collègues) menées par l'équipe de manière hebdomadaire durant toute l'année.

En plus de ces échanges, les médiatrices et médiateurs ont suivi différentes formations. En 2025, nos collègues Lionel Zighetti et Joël Reinhard ont participé à la formation « *Prévention du suicide : rencontrer et accompagner* » dispensée par l'UNIL et Prévention Suicide Romandie. Joël Reinhard a également eu l'opportunité de participer à une formation intitulée « *L'arène de médiation revisitée - Quel médiatrice/médiateur suis-je au gré des différentes situations ?* » donnée par Thomas Fiutak, figure de la médiation reconnue au niveau international, qui était de passage à Fribourg sur invitation de l'Université de Fribourg.

En cours d'année, nous avons consacré trois matinées au vert à l'approche et la déontologie pour la restitution de témoignages, à l'évolution de notre outil de monitoring, au codage des doléances et au contenu de notre enseignement dans le cadre des cours-blocs.

Composition de l'équipe

Claudia von Ballmoos, médiatrice et membre de l'équipe depuis novembre 2018, a quitté l'EMP à la fin juin 2025 pour profiter d'une retraite bien méritée. Nous la remercions très chaleureusement pour son dynamisme et son implication dans les divers projets qu'elle a portés et lui souhaitons tout le meilleur pour cette nouvelle phase de vie. Son poste a été repourvu le 1^{er} mai 2026 par Katarzyna Nalband, médiatrice certifiée par la Fédération suisse des associations de médiation (FSM), à qui nous souhaitons la bienvenue. Dans cet intervalle, l'équipe a donc travaillé en effectif réduit.

4. Remerciements

Nous remercions chaleureusement les patient·es, proches et professionnel·les qui, en sollicitant l'EMP, nous témoignent leur confiance. Les échanges destinés à mieux comprendre ce qui s'est mal passé, tenter de retisser des liens de confiance et ainsi redonner du sens et un nouvel élan à la relation thérapeutique, font la richesse de notre activité et nous leur en sommes profondément reconnaissant·es.