

RECONSTRUCTION DU DIALOGUE ET DE LA CONFIANCE ENTRE RESIDENTS D'EMS, LEUR FAMILLE ET LES SOIGNANTS

Mme Chantal THOUVEREZ
Médiatrice Cantonale de la Santé, Etat de Vaud (Suisse)

1. Introduction

Le gouvernement de l'Etat de Vaud a pris la décision, en 2002, de reconnaître de nouveaux droits à l'ensemble des bénéficiaires de soins. (D'autres cantons romands ont reconnu ces mêmes droits comme, par exemple, Neuchâtel, Valais, Jura et Fribourg).

Ces nouveaux droits sont définis dans la Loi cantonale sur la Santé Publique (chapitre III) et concernent les patients, les résidents et tous les professionnels de la santé, médecins y compris. Ces droits s'appliquent naturellement aussi bien au secteur privé qu'au secteur public. Dès lors, toutes les structures sanitaires sont concernées quelle que soit leur taille : CHU, hôpitaux, cliniques, établissements médico-sociaux, services de soins à domicile et cabinets privés.

De nouveaux organes de recours ont été également prévus par le gouvernement vaudois. C'est ainsi que deux Commissions d'examen des plaintes (l'une destinée aux patients, l'autre aux résidents du secteur gériatrique) ont commencé à remplir leur mission, dès 2003. Puis, à partir du 1^{er} mai 2004, le Bureau cantonal de médiation santé a débuté son activité.

Depuis le 1^{er} janvier 2011, la médiation a connu une extension intégrant le secteur du handicap, grâce à la volonté de M. Pierre-Yves Maillard, conseiller d'Etat et chef du DSAS. Ainsi les personnes handicapées vivant dans des structures socio-éducatives ou leurs proches peuvent désormais solliciter notre bureau qui se nomme maintenant : Bureau cantonal des patients, des résidents ou usagers d'établissements sanitaires et d'établissements socio-éducatifs.

Nous allons tout d'abord rappeler brièvement les droits des patients et résidents.

2. Quels sont les droits des patients ?

Les droits des patients conformément à la Loi sur la Santé Publique regroupent :

- le droit du libre choix du professionnel de la santé et de l'établissement sanitaire (dans le secteur ambulatoire),
- le droit à l'information,
- le droit à l'accès au dossier médical (si le patient est capable de discernement),
- le droit au respect de la confidentialité,
- le droit au consentement libre et éclairé,
- l'interdiction de mesures de contraintes physiques,
- le droit d'être accompagné,
- le droit de rédiger des directives anticipées,
- le droit de donner ses organes à des fins d'assistance.

(Pour de plus amples renseignements, se reporter à la brochure sur les droits des patients éditée par Sanimedia ; Service de la santé publique à Lausanne.)

3. Particularités du conflit

Jacques **Faget** écrit : << Il existe d'innombrables formes de conflit. On distingue généralement des conflits d'information (basés sur l'incompréhension et le malentendu), d'intérêt (financier ou matériel), des conflits personnels (relevant de la vie privée), psychiques (relatifs à l'équilibre mental des individus), identitaires (ethnique, de reconnaissance), des conflits de valeurs (idéologiques, religieux) ou structurels (en terme de pouvoir de classe sociale).>>

Selon **Monroy et Fournier**, << Le conflit se caractérise par sa durée, une forte charge émotive, une détermination à déstabiliser, affecter, réduire, voire éliminer l'adversaire. En outre, le conflit a un coût important sur le plan affectif, financier et social. Il engendre un fort investissement à tous les niveaux. >>

Jacques **Delors** écrit à ce propos, << Lorsque l'on refuse que le conflit apparaisse, on risque l'explosion ou l'atonie. Dans les deux cas, les résultats sont désastreux.>>

Et d'ajouter, << la société a besoin de vérité dans les échanges pour retrouver sa santé. Si le conflit est correctement géré, il permet par le débat d'idées, de combattre l'inertie, de se remettre en cause et de construire de nouveaux projets ensemble. >>

Pekar Lempereur, Salzer et Colson estiment que : << Le conflit exprime la frustration face à l'injustice, face à l'oppression, face au déni d'identité. Pour une part, le conflit construit ; il suscite de nouveaux questionnements, forge de nouvelles représentations et aiguillonne l'innovation >>.

4. Caractéristiques des patients/ résidents et proches qui s'adressent au Bureau cantonal de médiation

Les personnes ont souvent le sentiment de ne pas avoir été prises en considération et sont choquées de ne pas avoir été écoutées ni respectées par les professionnels de la santé au cours des consultations ou de soins. D'autres décrivent leur séjour à l'hôpital ou en établissement médico-social (EMS) comme un cauchemar tant elles ont souffert physiquement et /ou psychologiquement.

Le plaignant apparaît comme une victime. Il a supporté une épreuve et porte en lui une forme de traumatisme. Son état de mal être laisse percevoir des sentiments de tristesse, de déception de révolte et de colère.

Les récits des personnes nous renvoient sémantiquement au drame et à la tragédie, si bien analysés par Jacqueline Morineau :

Le mal qui a été vécu colle à la peau de la victime. Son identité est altérée ; elle est devenue autre. Mettre des mots sur sa souffrance, reconnaître son préjudice permettent à la victime d'établir une distance avec son vécu et de commencer à retrouver son identité originelle>>.

5. Objectifs des patients/résidents et proches

Porteurs à la fois d'une forte charge émotive et d'un certain courage, les personnes malades ou âgées ainsi que leurs proches souhaitent, avec l'aide d'un tiers, échanger, <<les yeux dans les yeux>>, avec les professionnels de la santé, comme ils le disent. Ils veulent engager une discussion franche dans le but :

- d'être reconnus dans leur souffrance,
- de déclencher une prise de conscience chez les professionnels par rapport à ce qui s'est passé,
- de susciter une réflexion sur les causes et les conséquences de l'incident ou de l'accident qui s'est produit,

- de rechercher des actions correctrices, ensemble.

A l'image de certaines victimes ou de familles de victimes qui ont connu de profonds chagrins ou de grands stress, lors par exemple, du décès brutal de proches au cours d'un accident et qui se constituent en association de défense d'usagers, les plaignants visent deux objectifs :

- le premier objectif est bénéfique pour eux-mêmes car il a une valeur thérapeutique et reconstructive,
- le deuxième objectif est bénéfique pour autrui car il évite la reproduction d'incidents similaires au sein de la population malade ou âgée.

Leur démarche est responsable, préventive et généreuse. Citoyenne en somme !

6. Définitions

D'après Hubert **Touzard**, << *La médiation correspond à une conception nouvelle des relations sociales. Au lieu de laisser libre cours aux intérêts divergents qui souvent aboutissent à des impasses ou à des solutions déséquilibrées ou inéquitables, les acteurs (individus ou organisations) font appel à une tierce personne pour les aider à élaborer ensemble une solution acceptable pour chacun.* >>

Guillaume-Hofnung estime que << *la médiation est un mode de résolution de conflits basé sur la coopération faisant appel à un tiers impartial et indépendant, sans pouvoir décisionnel. Le médiateur doit amener les parties à exprimer leurs attentes, leurs besoins et leurs objectifs véritables pour pouvoir ensuite trouver des solutions qui leur conviennent.* >>

Jean-François **Six** considère que : << *la médiation est une démarche éthique, une action qui ne consiste pas en une manière d'influencer l'autre pour obtenir de lui son adhésion à une cause mais plutôt à reconnaître cet autre.* >>

En d'autres termes, la médiation offre la possibilité à des individus (ou à des groupes) en conflit, grâce au rôle d'un tiers neutre de :

- se rencontrer en tête-à-tête,
- s'expliquer sur les faits qui les opposent,
- faire valoir son ressenti par rapport à la situation vécue,
- dissiper tout malentendu,
- renouer le dialogue,
- confronter leurs points de vue,
- mieux se comprendre,
- se réconcilier,
- restaurer une confiance réciproque,
- trouver des solutions qui conviennent à chacun,
- fixer un accord, si possible durable.

7. Caractéristiques et principes de la médiation

La médiation est une démarche individuelle basée sur le volontariat et le respect mutuel. De plus, la médiation exige la confidentialité. Tous les participants doivent observer ce principe au cours du processus de médiation et après la signature de l'accord de médiation. Chacune des parties s'engage, par écrit, à respecter cette règle.

Autres caractéristiques au Bureau cantonal de médiation à Lausanne :

- les prestations sont gratuites,
- le processus de médiation s'exerce sur une courte durée (3 mois au maximum entre la saisine et la clôture du dossier),
- la démarche est individuelle ; la présence d'un avocat n'est donc pas autorisée,
- en cas d'échec, la personne plaignante peut être orientée par la médiatrice vers un autre organe de recours, comme par exemple, la Commission d'examen des plaintes, présidée par un juriste.

8. Avantages de la médiation

La médiation est une démarche responsabilisante et constructive. En d'autres termes, elle rend les individus **acteurs** dans l'évolution de la qualité de leurs relations et dans la recherche d'un arrangement à l'amiable.

Nous reportant à notre expérience de huit années, nous considérons que la médiation entraîne en plus de l'apaisement et de la reconstruction du lien social une **dimension pédagogique**. En effet, nous avons très souvent observé, en cours de séance :

- une réflexion approfondie et une remise en question chez les professionnels par rapport à leur comportement à l'égard des personnes soignées et de leur famille,
- le souhait d'améliorer la qualité de leurs prestations
- le désir d'entreprendre de nouvelles formations, en cours d'emploi, dans les sciences humaines et le droit de la santé,
- une volonté de ne pas reproduire d'incidents malheureux auprès de la communauté des malades.

Concernant les patients, les résidents ou leur famille, nous avons souvent relevé chez eux la résolution suivante : ne plus vivre dans la résignation et la soumission ; ne plus accepter les relations dominés/dominants. En effet, la plupart des personnes souhaitent désormais :

- engager un dialogue direct et franc avec les professionnels de la santé,
- leur poser des questions sur leur état de santé,
- établir avec eux des relations de partenariat dans un objectif de projet thérapeutique harmonieux.

Nous estimons, sur la base de notre expérience et des travaux de recherche qui ont été conduits à partir de notre base de données par des étudiants, que la médiation est une méthode alternative à la justice qui s'avère, dans notre domaine, efficace et rapide.

Jacques Faget, docteur en droit à Bordeaux, chercheur au CNRS et médiateur, relève, dans son ouvrage **Médiations ; les ateliers silencieux de la démocratie**, à propos de la médiation sanitaire que:

<< ...comparativement à plusieurs pays d'Europe comme la Norvège, le Royaume- Uni, la Belgique, l'Italie, c'est probablement le modèle initié en Suisse romande qui est le plus proche des fondamentaux de la médiation, et en particulier, celui pratiqué dans le Canton de Vaud (Lausanne). >>

9 Organisation du Bureau cantonal de médiation

9.1 Caractéristiques du poste de médiatrice et de médiateur

Les médiatrices en poste sont au bénéfice d'une formation universitaire. L'une est au bénéfice d'un doctorat en Sciences de Gestion ; l'autre détient une licence en Lettres. Elles sont titulaires en outre de plusieurs diplômes professionnels soit dans le domaine de la santé, soit dans le domaine social. Toutes deux ont suivi une formation en médiation en Suisse romande. Désignées par les Commissions d'examen des plaintes, nommés par le Conseil d'Etat et rattachés administrativement au DSAS, elles exercent leur fonction **en totale indépendance**.

9.2 Locaux

Le Bureau cantonal de médiation est situé au centre ville, à proximité de la gare et face à un arrêt de bus. Nos locaux sont à 800 mètres des édifices regroupant les services de l'Etat afin d'assurer un maximum de discrétion et de donner une image de neutralité. Equipé d'une rampe d'accès et d'un ascenseur, le bâtiment peut recevoir des personnes âgées ou handicapées se déplaçant en fauteuil roulant.

9.3 Fonctionnement

Une permanence téléphonique est assurée de 9h à 13h, chaque jour en principe, par l'une des médiatrices. L'accès à la médiation s'effectue également par courrier postal ou par courriel. Une première analyse et un premier tri s'exercent à ce stade. De nombreux usagers sont ensuite reçus, sur rendez-vous, en vue d'une analyse globale.

Certains cas litigieux ne sont, bien sûr, pas traités en médiation. Nos interlocuteurs peuvent parfois être dirigés immédiatement vers une autre instance, si le problème énoncé ne s'inscrit pas dans le domaine de la médiation santé (exemples : affaires de mœurs, viol, coups, suspicions de séquestration ou de meurtre, spoliations de biens, litiges avec les assurances, contestation d'honoraires).

10. Méthodologie utilisée en médiation directe

Chacune des parties est reçue séparément en entretien préalable et donne sa version des faits. Une attention est notamment portée sur les besoins, les attentes et les objectifs réels des personnes plaignantes.

Puis, une à trois séances (de deux à trois heures, par séance) sont nécessaires en médiation directe. La nature du litige, sa complexité et la charge émotionnelle de la personne plaignante sont prises en compte, dans chaque cas. Ces éléments, à l'évidence, ont un impact sur la durée du processus de médiation.

La première partie de la séance de médiation proprement dite donne la possibilité aux personnes de s'expliquer successivement. Il s'agit, à ce stade, d'une phase de clarification et de décomposition des éléments. Chacune d'entre elles découvre ce que son interlocuteur a vécu en qualité de patient, de famille ou de professionnel et peut comprendre la réalité de l'autre (conditions de vie et de travail). Un débat d'idées a lieu. Puis, progressivement les attitudes défensives de chacun tombent.

La deuxième partie de la séance offre à la personne mise en cause la possibilité de reconnaître ses erreurs, ses négligences ou ses omissions. Puis, elle lui permet d'exprimer ses

regrets, au vu de ce qui s'est passé, et de présenter ses excuses au plaignant. Cette phase sert également à lever tout malentendu.

La troisième partie de la séance vise à prendre des résolutions et à élaborer un projet d'accord. Chacune des personnes s'engage, alors, à réaliser une action à l'égard de l'autre ou face à la communauté des malades. Il s'agit à ce stade d'une **phase de reconstruction**.

Après la séance, les points de l'accord sont consignés par la médiatrice de manière officielle, sous forme d'un constat d'accord (portant la mention *strictement confidentiel*) puis sont envoyés successivement aux personnes pour approbation et signature.

La réussite de l'accord est prononcée lorsque le document officiel est porteur des signatures des patients/résidents et famille, d'une part, et des professionnels de la santé, d'autre part.

L'étape d'évaluation de l'accord de médiation a pour but d'objectiver la mise en œuvre des promesses faites par les parties.

Nous réservons cette étape notamment aux personnes qui séjournent dans un établissement sanitaire (EMS) durant plusieurs mois ou de manière définitive.

L'application de chaque point de l'accord est contrôlée, en présence des deux parties. En cas de réussite partielle ou d'échec, il convient de rechercher les motifs ou difficultés qui ont empêché la réalisation de tel ou tel point d'accord. Des ajustements sont alors définis puis réévalués trois mois après.

La transformation des promesses orales et écrites en actes véritables et durables est, pour nous, essentielle.

11. Présentation des résultats d'une étude conduite à partir de 40 cas de médiation directe auprès de résidents/ familles et professionnels de la santé.

Les travaux de recherche ont été conduits par une étudiante en médiation, au premier trimestre 2012 sous la direction d'un enseignant de l'Institut universitaire Kürt Bosch à Sion. Ils ont porté sur l'analyse de contenu de:

- 40 dossiers, soit tous les dossiers de médiation directe concernant les EMS du Canton de Vaud,
- 22 entretiens semi-directifs,
- 40 questionnaires anonymes visant à évaluer la satisfaction des participants.

Nous allons présenter de manière synthétique les résultats de ces travaux.

Sur les 40 dossiers analysés, il ressort que 33 dossiers comportent un constat d'accord de médiation signé par les deux parties; ce qui représente un taux de réussite de **82 %**.

11.1 Motifs d'insatisfaction des usagers retranscrits dans les dossiers de médiation et dans les entretiens

11.1.1 Défauts de qualité des soins

Quelques exemples :

- négligences dans les soins d'hygiène,
- manque d'assistance auprès des personnes semi dépendantes,
- escarres (au niveau des pieds) chez des diabétiques,
- soins inadaptés aux besoins des résidents.

11.1.2. Défauts concernant la sécurité

Quelques exemples :

- personne laissée seule aux toilettes durant une heure : chute, fractures, décès,
- lenteur des soignants à répondre aux sonnettes,
- manque d'attention et de surveillance dans l'installation des personnes,
- insuffisance de chauffage, fenêtre non réparée : inconfort, toux, bronchite.

11.1.3. Défauts de qualité par rapport aux repas

Quelques exemples :

- non respect des besoins nutritifs dans la préparation de l'alimentation,
- manque d'attention et d'aide au moment des repas,
- restrictions sévères dans les repas du soir,
- manque d'observation concernant une résidente anorexique,
- absence de réactivité par rapport à sa perte de poids.

11.1.4 Pertes ou vols de bijoux ou d'objets personnels

Quelques exemples :

- disparition d'objets : appareil auditif, prothèses dentaires,
- vols de boucles d'oreilles en or et de bagues en diamant,
- perte ou vol de vêtements : pull, manteau,
- vol de tableaux de maître etc....

11.1.5 Insuffisance de qualité dans l'accompagnement de personnes en fin de vie

Quelques exemples :

- manque d'écoute et d'empathie,
- insuffisance de soins de base et de confort,
- absence de traitements antalgiques,
- non-respect des directives anticipées sur le plan spirituel.

11.1.6 Défauts de communication entre familles et professionnels

Quelques exemples :

- impossibilité d'obtenir un entretien avec le directeur et le médecin, suite à une
- erreur médicamenteuse et à des graves complications,
- manque d'écoute de la part du personnel et de la hiérarchie,
- problèmes relationnels avec une soignante et bagarre....
- difficultés à dialoguer avec un médecin au sujet de l'état de santé d'un résident et de son projet thérapeutique,
- attitude de fuite et d'évitement du médecin et du personnel suite à un décès ;
- impossibilité de programmer une rencontre.

11.1.7 Défauts de partenariat entre familles et soignants

Quelques exemples :

- absence d'entretien d'accueil,
- restriction du nombre et de la durée des visites (décision imposée par les soignants),
- manque d'informations et de concertations au sujet d'un "traitement lourd".

11.2 Amélioration des prestations

11.2.1 Amélioration de la qualité des soins

Quelques exemples :

- attention renforcée au moment des soins corporels,
- suivi plus rigoureux de la part de l'encadrement dans :
 - l'exécution des soins d'hygiène,
 - l'installation et la mobilisation des résidents.

11.2.2. Amélioration du confort et de la sécurité

Quelques exemples :

- création de procédures,
- renforcement des conseils sur les mesures à prendre notamment au moment du coucher des résidents,
- enseignements d'exercices de marche avec un kinésithérapeute,
- réflexion avec de nouveaux bénévoles pour offrir aux résidents des moments d'échanges et de lectures

11.2.3 Amélioration dans l'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches

Quelques exemples :

- sensibilisation de tous les membres de l'équipe soignante à la douleur des résidents en fin de vie et de leur famille,
- formation du personnel soignant aux soins spécifiques
- information des familles sur l'existence d'une équipe mobile en soins palliatifs,
- établissement de nouveaux protocoles de soins palliatifs,
- vérification systématique de l'application du protocole.

11.2.4 Amélioration de la gestion des équipes

Quelques exemples :

- rappels réguliers du directeur à ses collaborateurs à propos de la mission et des principes éthiques de la fondation,.
- renforcement des valeurs philosophiques à tous les niveaux hiérarchiques,
- dynamisation des cadres afin de revoir :
 - l'organisation du travail,
 - la pertinence des fiches techniques,
 - la transformation de celles-ci, si nécessaire,
 - la création de réunion hebdomadaire entre directrice et chefs de secteur afin d'échanger sur le fonctionnement de l'EMS et régler les problèmes au plus vite.

11.2.5. Amélioration des compétences des soignants

La formation continue comprendra des cours sur :

- le deuil,
- la maltraitance et la prévention de la maltraitance,
- les droits des patients,
- les effets du handicap physique sur la psychologie des personnes tétraplégiques et paraplégiques,
- la manutention des personnes.

11.2.6. Amélioration de la communication entre résidents/ proches et professionnels de la santé

Quelques exemples :

- aménagement d'espaces de communication, toutes les 2 ou 3 semaines, afin de trouver ensemble des solutions harmonieuses,
- les familles s'adresseront directement soit au directeur soit au cadre infirmier, en cas de besoin,
- la direction et les membres de l'équipe soignante s'engagent à faire preuve de respect et d'empathie à l'égard des résidents,
- le vouvoiement sera exigé entre membres du personnel et résidents (sauf exception),
- le médecin s'engage à informer la famille en cas de modification importante de l'état de santé du résident.

11.2.7. Construction d'un partenariat entre professionnels et familles

Quelques exemples :

- Chaque famille pourra s'adresser à l'infirmière cheffe afin de :
 - prendre des nouvelles de leur proche,
 - lui faire part de ses observations,
 - lui signaler des anomalies,
 - rechercher ensemble des solutions.
- Famille et direction s'engagent à :
 - communiquer entre elles de manière directe, claire, ouverte,
 - respecter la mission définie dans la brochure de l'EMS,
 - valoriser un esprit constructif afin de dispenser des soins plus appropriés et harmonieux aux résidents.

12. Présentation de quelques tableaux suite à une analyse de satisfaction des participants

Mode de connaissance de la médiation

Avant de venir, connaissiez-vous la médiation ?

Options de réponse	% de réponses d'usagers	% de réponses d'EMS	Nombre de réponses d'usagers	Nombre de réponses d'EMS	TOTAL
oui	43%	89%	9	16	25
non	57%	11%	12	2	14
Réponses à la question			21	18	39
Non réponse à la question			1	0	1

Nature du conflit

Type de réponses	% d'options cochées par les usagers	% d'options cochées par les EMS	Nombre de réponses d'usagers	Nombre de réponses d'EMS	TOTAL
Insatisfaction relative à la prise en charge des usagers	63%	57%	19	12	31
Problèmes de communication	20%	24%	6	5	11
Autres	17%	19%	5	4	9
Nombres d'options cochées			30	21	51
Nombre de questionnaires reçus en retour			22	18	40

Tentative de négociation directe avant médiation

Avez-vous essayé de négocier en tête à tête avec l'autre partie dans un premier temps ?

Type de réponse	% de réponses d'usagers	% de réponses d'EMS	Nombre de réponses d'usagers	Nombre de réponses d'EMS	TOTAL
oui	77%	67%	17	12	29
non	23%	33%	5	6	11
Total			22	18	40

Qualité d'écoute de la médiatrice

Pensez-vous que la médiatrice a été à l'écoute de vos problèmes ?

Type de réponse	% de réponses d'usagers	% de réponses d'EMS	Nombre de réponses d'usagers	Nombre de réponses d'EMS	TOTAL
oui	100%	88%	21	15	36
non	0%	12%	0	2	2
Réponses à la question			21	17	38
Non réponse à la question			1	1	2
TOTAL					40

Echanges avec l'autre partie

Pensez-vous que les échanges avec l'autre partie ont été :
très faciles, faciles, difficiles ou très difficiles?

Type de réponse	% des réponses d'utilisateurs	% des réponses d'EMS	Nombre de réponses d'utilisateurs	Nombre de réponses d'EMS	TOTAL
Très faciles	9%	6%	2	1	3
Faciles	36%	22%	8	4	12
Difficiles	41%	31%	9	11	20
Très difficiles	14%	11%	6	2	5
Total			22	18	40

Échanges de point de vue

Au cours de la médiation, avez-vous pu exprimer votre point de vue ?

Type de réponse	% des réponses d'utilisateurs	% des réponses d'EMS	Nombre de réponses d'utilisateurs	Nombre de réponses d'EMS	TOTAL
Facilement	64%	67%	14	12	26
Moyennement	36%	22%	8	4	12
Difficilement	0%	6%	0	1	1
Très difficilement	0%	6%	0	1	1
Total			22	18	40

Conclusion

La grande majorité des résidents/ familles en conflit avec les professionnels de la santé ont pu retrouver, grâce à la médiation : apaisement, sérénité et confiance. Les liens sociaux ont été retissés ou consolidés entre les personnes ; conditions indispensables pour créer des relations partenariales autour des projets de soins.

De manière générale, au terme du processus de médiation, les personnes soignées et soignantes expriment souvent leur satisfaction puis font connaître l'existence de notre bureau dans leur environnement social.

Je vous remercie de votre attention et vous invite à diffuser les droits des patients autour de vous afin de faire progresser la démocratie dans les établissements de soins, quelque soit le pays dans lequel vous vivez.

Lausanne, le 28 septembre 2012
Chantal Thouverez
Médiatrice cantonale de la santé

Tel : 0041/ 21.316.09 87 de 9h à 13h
www.vd.ch/mediation-sante

Bibliographie

Delors Jacques
L'unité d'un Homme
Editions Odile Jacob
1994

Faget Jacques
Médiations les ateliers silencieux de la démocratie
Trajets, Erès, 2010

Guillaume-Hofnung Michèle
Médiation éthique et démocratie sanitaire
Médiations et société n° 11, 12, mars 2012

Morineau Jacqueline
L'esprit de médiation
Editions Eres, 2001

Pekar Lempereur Alain, **Salzer** Jacques, **Colson** Aurélien
Méthode de médiation
Dunod, 2010

Six Jean-François Le temps des médiateurs
Editions du Seuil, 1990