

Aidez-nous à nous améliorer !

► Médiation

Quel est le rôle du médiateur ?

Le médiateur a tout d'abord un rôle de prévention en favorisant la communication entre les patients et les soignants. Il constitue un intermédiaire lors d'une insatisfaction ou d'un conflit avec un professionnel de la santé (médecin, infirmier, kinésithérapeute...) en lien avec les droits du patient.



L'objectif de son intervention est de faciliter et d'ouvrir le dialogue entre les deux parties afin de restaurer la confiance entre le patient et l'institution de soins. Tout au long de la procédure, le médiateur fait preuve de neutralité et d'impartialité.

Qui peut faire appel au service de médiation hospitalière ?

Tout patient qui estime que l'un de ses droits garantis par la loi du 22 août 2002 n'a pas été respecté.

Si un problème survient, il est recommandé, dans un premier temps, de trouver une solution à travers le dialogue avec le professionnel concerné.

Dans le cas où le désaccord persiste et que le patient souhaite déposer plainte, il peut solliciter le médiateur hospitalier gratuitement. Si le patient reste insatisfait et désire aller plus en avant dans les démarches officielles, le médiateur l'informe sur les autres possibilités de recours légal, le processus de médiation prend alors fin.

► Suggestion d'Amélioration Bienveillante

La fiche de Suggestion d'Amélioration Bienveillante (SAB) vous donne la possibilité de signaler tout événement relatif aux soins qui a ou aurait pu nuire à une prise en charge sécuritaire (erreur d'administration de médicaments, erreur d'identification...). Toute déclaration de SAB fera l'objet d'une analyse afin de mettre en place des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins apportés à nos patients. Nous nous engageons à vous les communiquer par écrit si vous en avez émis le souhait (vos coordonnées complètes sont indispensables).

▶ Questionnaire de satisfaction

Le questionnaire de satisfaction a pour objet de nous améliorer et de répondre au mieux aux attentes et besoins des patients. Les résultats permettent d'adopter des solutions efficaces pour améliorer la qualité et la sécurité de nos services.

Si vous avez émis le souhait d'obtenir une réponse à une satisfaction ou insatisfaction formulée, celle-ci vous parviendra par écrit par voie postale ou par mail (vos coordonnées complètes sont indispensables).

En pratique

Comment contacter La médiation ?



- Par écrit
 - En complétant la fiche « Dépôt de plainte » disponible au niveau de l'urne « Aidez-nous à nous améliorer » présente à l'accueil ou sur www.chmouscron.be. Déposez la fiche complétée, dans l'urne « Aidez-nous à nous améliorer » prévue à cet effet.
 - Médiateur, Centre Hospitalier de Mouscron – Service de médiation
Avenue de Fécamp 49 – 7700 Mouscron
 - @: mediation@chmouscron.be
- Par téléphone
 - ☎ +32 (0)56 85 81 78

Où trouver la Suggestion d'Amélioration Bienveillante ?

- Disponible au niveau de l'urne « Aidez-nous à nous améliorer » présente à l'accueil ou sur www.chmouscron.be

Où trouver le questionnaire de satisfaction ?

- Au près des services d'hospitalisation et des services de consultation.

	Enquête de satisfaction - MATERNITE	
<i>Madame, Mademoiselle,</i> <i>Après de toujours améliorer la qualité de notre service, nous vous invitons à nous faire part de votre avis suite à votre séjour en maternité, en travers de ce questionnaire qui sera traité de manière tout à fait anonyme.</i> <i>Avant de quitter l'Institution, nous vous demandons de bien vouloir le déposer dans la boîte aux lettres destinée à cet effet. L'Institution, nous vous en remerciera.</i> <p style="text-align: right;"><i>La direction de l'hôpital</i></p>		
VOUS ET VOTRE ACCOUCHEMENT		
• Votre âge : ____ ans Est-ce votre 1 ^{er} enfant : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
• Cet accouchement était-il : <input type="checkbox"/> spontané (naturel) <input type="checkbox"/> induit (provoqué)		
• Quelle a été la durée approximative du travail avant l'accouchement ? heure(s) <input type="checkbox"/> Pas concernée		
• A quelle heure approximative de la journée avez-vous accouché ? h min		
• Votre bébé est-il né par césarienne ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, était-elle programmée à l'avance ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
• Avez-vous bénéficié d'une péridurale pour cet accouchement ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Lors de l'accouchement, quel a été le délai entre la demande de votre péridurale et sa réalisation ? <input type="checkbox"/> Moins d'1h <input type="checkbox"/> Entre 1h et 2h <input type="checkbox"/> Plus de 2h		
• Vous a-t-on proposé un autre méthode de soulagement de la douleur (baignoire, ballon,...) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, l'avez-vous utilisée ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
• Avez-vous eu une épisiotomie pour cet accouchement ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
• Votre gynécologue a-t-elle été rapidement avertie(e) de votre admission à l'hôpital ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas L'avez-vous rencontrée(e) pendant le travail ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas concernée		
• Votre gynécologue a-t-il réalisé votre accouchement ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, qui a réalisé votre accouchement ? <input type="checkbox"/> Un(e) autre gynécologue <input type="checkbox"/> Un(e) sage-femme <input type="checkbox"/> Un(e) assistante) médecin		
• Dans quel type de chambre avez-vous séjourné ? <input type="checkbox"/> 1 lit <input type="checkbox"/> 2 lits Était-ce votre demande ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
• Avez-vous eu de la visite (famille, proches...) pendant votre séjour ? <input type="checkbox"/> Peu <input type="checkbox"/> Suffisamment <input type="checkbox"/> Trop		
• Votre bébé a-t-il séjourné dans votre chambre après l'accouchement ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, pourquoi ?		
• Allaitiez-vous votre bébé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, avez-vous reçu des conseils avant ou après votre accouchement pour allaiter ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Avez-vous reçu des informations cohérentes à ce sujet au sein du service ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
• Pourquoi avez-vous choisi cette maternité ? (Vous pouvez cocher plusieurs réponses) :		
<input type="checkbox"/> Mon gynécologue y travaille	<input type="checkbox"/> Je suis venue en consultation dans l'hôpital	
<input type="checkbox"/> L'hôpital a bonne réputation	<input type="checkbox"/> Le service de maternité a bonne réputation	
<input type="checkbox"/> Proche de l'hôpital	<input type="checkbox"/> Un proche y travaille	
<input type="checkbox"/> J'étais satisfaite d'un accouchement précédent	<input type="checkbox"/> Autre (précisez)	

