

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'un mécontentement 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 évènement 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 nous permettent d'adopter des solutions efficaces pour améliorer la qualité et la sécurité de nos services.

Puis-je connaître le résultat de ces enquêtes ?

Chaque trimestre, les résultats sont publiés ainsi que les actions entreprises, sur www.chmouscron.be – Qualité/Sécurité. 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).

Le questionnaire, la méthode d'analyse et la publication des résultats ont été réalisés en concertation avec le Comité de Patients Partenaires.

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.
- Monsieur Benoit Verslype, Centre Hospitalier de Mouscron
Service de médiation
Avenue de Fécamp 49 – 7700 Mouscron
- @: mediation@chmouscron.be

Où trouver la Suggestion d'Amélioration Bienveillante ?

- A l'accueil ou sur www.chmouscron.be

Où trouver le questionnaire de satisfaction ?

- Dans les fardes proposées aux patients lors de l'admission pour une hospitalisation
- Sur les supports de récolte des questionnaires, sous les urnes situées à l'entrée de chaque service.
- Sur www.chmouscron.be

	PEDIATRIE Questionnaire destiné aux enfants hospitalisés et à leurs parents																			
<small>Chers Parents, Chers Enfants</small>																				
<small>Afin de toujours améliorer la qualité de notre service, nous vous remercions de nous faire part de votre avis au travers de ce questionnaire. Avant de quitter l'hôpital, nous vous demandons de bien vouloir le déposer dans la boîte-à-lettres destinée à cet effet. D'avance, nous vous en remercions.</small>																				
<small>La direction de l'hôpital</small>																				
<ul style="list-style-type: none"> • Ce questionnaire est complété par : <input type="checkbox"/> l'enfant hospitalisé <input type="checkbox"/> un proche de l'enfant <input type="checkbox"/> les deux ensemble • Age de l'enfant : ____ ans Sexe de l'enfant : <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> masculin Code postal : _____ 																				
<ul style="list-style-type: none"> • Pour quelle(s) raison(s) avez-vous choisi ce service de pédiatrie ? (Vous pouvez cocher plusieurs réponses) : <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Réputation de l'hôpital</td> <td><input type="checkbox"/> Confiance dans la qualité des soins</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Réputation du service de pédiatrie de l'hôpital</td> <td><input type="checkbox"/> Conseil de votre médecin traitant</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Réputation d'un pédiatre ou d'un spécialiste de l'hôpital</td> <td><input type="checkbox"/> Conseil du pédiatre de l'enfant</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Proximité de l'hôpital</td> <td><input type="checkbox"/> Conseil d'un proche (famille, ami, voisin, ...)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Suite à une hospitalisation antérieure satisfaisante</td> <td><input type="checkbox"/> Pour être soigné(e) plus rapidement</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Suite à une consultation réalisée dans cet hôpital</td> <td><input type="checkbox"/> Par facilités financières (mutuelles, assurances, ...)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Suite à la naissance de l'enfant dans cet hôpital</td> <td><input type="checkbox"/> Plus choisi (urgence, ambulance, ...)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pour une réhospitalisation suite à un même problème</td> <td><input type="checkbox"/> Pour la qualité du service des urgences</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Autre</td> <td></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Réputation de l'hôpital	<input type="checkbox"/> Confiance dans la qualité des soins	<input type="checkbox"/> Réputation du service de pédiatrie de l'hôpital	<input type="checkbox"/> Conseil de votre médecin traitant	<input type="checkbox"/> Réputation d'un pédiatre ou d'un spécialiste de l'hôpital	<input type="checkbox"/> Conseil du pédiatre de l'enfant	<input type="checkbox"/> Proximité de l'hôpital	<input type="checkbox"/> Conseil d'un proche (famille, ami, voisin, ...)	<input type="checkbox"/> Suite à une hospitalisation antérieure satisfaisante	<input type="checkbox"/> Pour être soigné(e) plus rapidement	<input type="checkbox"/> Suite à une consultation réalisée dans cet hôpital	<input type="checkbox"/> Par facilités financières (mutuelles, assurances, ...)	<input type="checkbox"/> Suite à la naissance de l'enfant dans cet hôpital	<input type="checkbox"/> Plus choisi (urgence, ambulance, ...)	<input type="checkbox"/> Pour une réhospitalisation suite à un même problème	<input type="checkbox"/> Pour la qualité du service des urgences	<input type="checkbox"/> Autre	
<input type="checkbox"/> Réputation de l'hôpital	<input type="checkbox"/> Confiance dans la qualité des soins																			
<input type="checkbox"/> Réputation du service de pédiatrie de l'hôpital	<input type="checkbox"/> Conseil de votre médecin traitant																			
<input type="checkbox"/> Réputation d'un pédiatre ou d'un spécialiste de l'hôpital	<input type="checkbox"/> Conseil du pédiatre de l'enfant																			
<input type="checkbox"/> Proximité de l'hôpital	<input type="checkbox"/> Conseil d'un proche (famille, ami, voisin, ...)																			
<input type="checkbox"/> Suite à une hospitalisation antérieure satisfaisante	<input type="checkbox"/> Pour être soigné(e) plus rapidement																			
<input type="checkbox"/> Suite à une consultation réalisée dans cet hôpital	<input type="checkbox"/> Par facilités financières (mutuelles, assurances, ...)																			
<input type="checkbox"/> Suite à la naissance de l'enfant dans cet hôpital	<input type="checkbox"/> Plus choisi (urgence, ambulance, ...)																			
<input type="checkbox"/> Pour une réhospitalisation suite à un même problème	<input type="checkbox"/> Pour la qualité du service des urgences																			
<input type="checkbox"/> Autre																				
<p>L'HOSPITALISATION DE VOTRE ENFANT</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saviez-vous à l'avance que votre enfant allait être hospitalisé(e) (hospitalisation programmée) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • Votre enfant a-t-il été pris en charge par le service des urgences (juste avant d'être hospitalisé(e)) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • Est-ce la première hospitalisation de votre enfant en pédiatrie ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • Après les formalités d'admission à l'arrivée, votre enfant a-t-il obtenu rapidement une chambre ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <ul style="list-style-type: none"> - Combien de temps avez-vous dû attendre cette chambre ? <input type="checkbox"/> Pas d'attente <input type="checkbox"/> Moins de 30 minutes <input type="checkbox"/> Plus de 30 min et th. • Durant le séjour, dans quel type de chambre votre enfant a-t-il séjourné ? <input type="checkbox"/> 1 lit <input type="checkbox"/> 2 lits <input type="checkbox"/> 3 lits - Est-ce votre demande de pouvoir séjourner dans ce type de chambre ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Quel est le numéro de la chambre accueillie de votre enfant ? _____ • Durant les nuits, votre enfant a-t-il été accompagné par un proche ? <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Toujours • Dans l'heure suivant l'installation en chambre, avez-vous rencontré une infirmière du service ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • Avez-vous rencontré l'infirmier(e) chef ou sa remplaçante dans les 24h après votre arrivée ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • Avez-vous rencontré un médecin dans les 24h suivant le début de l'hospitalisation ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <ul style="list-style-type: none"> - Si oui, était-ce : <input type="checkbox"/> son pédiatre <input type="checkbox"/> un autre pédiatre <input type="checkbox"/> un chirurgien <input type="checkbox"/> un spécialiste - Si oui, assistant-médecin <input type="checkbox"/> un assistant-médecin <input type="checkbox"/> ne sais pas • Avez-vous rencontré une(s) assistante(s) sociale(s) de l'hôpital durant le séjour ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • Votre enfant a-t-il été opéré au cours de ce séjour (intervention chirurgicale) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <ul style="list-style-type: none"> - Si oui, cette opération était-elle planifiée avant l'admission à l'hôpital ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Si oui, avez-vous rencontré le chirurgien avant le jour de l'opération ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Si oui, avez-vous rencontré l'anesthésiste avant le jour de l'opération ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Votre enfant a-t-il participé à une séance de préparation avant son hospitalisation ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • Lors du séjour, votre enfant a-t-il éprouvé des douleurs ? <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> En permanence • Avez-vous reçu des informations sur les droits et les devoirs du patient et de ses proches ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non 																				

