

Médiation hospitalière: perceptions et attentes des patients

Médiation hospitalière: perceptions et attentes des patients



Décembre 2007

Avec le soutien de la Fondation Roi Baudouin

CRIOC

Centre de Recherche et d'Information
des Organisations de Consommateurs



Table des matières

1. Objectifs
2. Méthodologie
3. Processus du développement d'une plainte
 - éléments prédictifs d'une plainte, freins et attentes liés au signalement et au traitement de la plainte, processus dynamique de conflit, études de cas
4. Ambiguïté de la relation patient-hôpital
 - perceptions et attentes des patients, réponses de l'institution hospitalière
5. Evaluation du service de médiation
6. Attentes vis-à-vis du service de médiation
7. Conclusions
8. Recommandations

Objectifs

- Identifier :
 - les **problèmes** survenant entre patients et cliniques ou hôpitaux en regard des droits des patients.
 - les **raisons qui poussent les patients à introduire une plainte** auprès de l'institution hospitalière ou d'un service de médiation.
 - les **freins qui empêchent les patients d'introduire une plainte.**
 - les **attentes des patients vis-à-vis** d'un service de médiation.
 - les **perceptions des patients vis-à-vis** :
 - de l'information diffusée en matière de droits des patients.
 - des services de médiation tels qu'ils sont prévus par la loi.

Méthodologie

- **Approche qualitative**

- Afin de mieux déterminer les attitudes, les attentes et comportements vis-à-vis des services de médiation hospitalière, **deux groupes** de discussion ont été organisés avec des patients qui déclarent avoir été mécontents par rapport aux soins (accueil, contact, acte technique, examen, diagnostic, intervention, qualité du service en général...), qu'ils ont reçus dans un hôpital ou une clinique de l'agglomération bruxelloise (novembre 2007).
- Chaque groupe de discussion était composé de huit personnes (quatre hommes et quatre femmes).
 - Le premier groupe était composé de patients d'hôpitaux qui déclarent avoir rencontré un problème et avoir réagi sur l'instant **sans introduire de plainte formelle par la suite**.
 - Le second groupe était composé de patients qui déclarent avoir rencontré un problème, avoir réagi sur l'instant et avoir entamé une **démarche de plainte formelle ultérieurement aux faits**.

Éléments prédictifs d'une plainte

- La nature ou la gravité du problème ne semblent pas prédictifs d'une plainte.
 - En effet, des personnes confrontées à un décès, à une erreur médicale ou à un problème de relations humaines peuvent entamer un processus de plainte, alors que d'autres personnes confrontées à des problèmes similaires n'entament pas le processus.

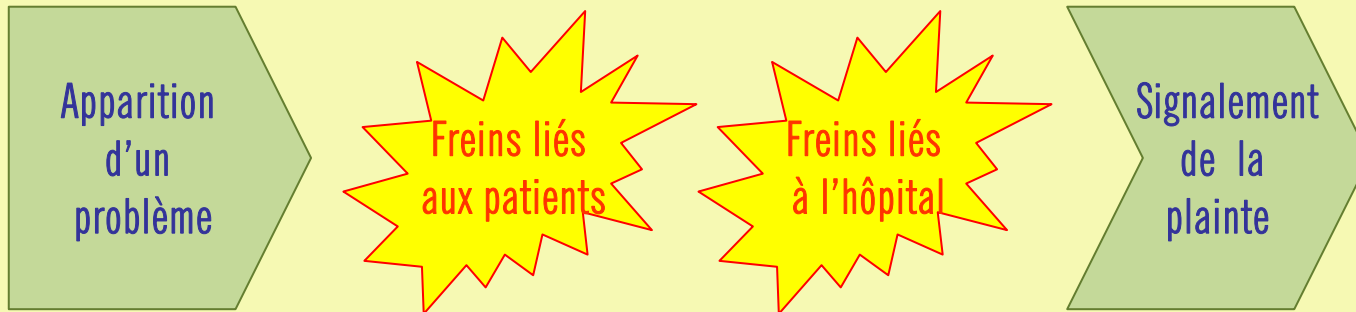
Processus du développement de la plainte

- **Afin de détailler le processus de développement de la plainte, analysons:**
 - les attentes des patients face à un problème hospitalier;
 - les freins à l'introduction de la plainte;
 - le développement de différents processus de plaintes.
- **Attentes du patient face à un problème hospitalier**
 - Dans une première phase : le patient demande des explications sur les événements (diagnostic, traitement, frais, consultation du dossier médical, etc.).
 - Dans une seconde phase : sans réponse et/ou solution, la demande se transforme en volonté d'obtenir réparation.
 - **La nature de la plainte change**

Ainsi, les patients qui entament une action ultérieurement aux faits sont le plus souvent déjà inscrits dans une dynamique de conflit. Ils déposent une plainte formelle par écrit et ne sont en général plus animés par une démarche de conciliation ou de demande d'explication.

Processus du développement de la plainte

- Phase 1 : de l'apparition d'un problème au signalement



Les freins qui limitent le dépôt de la plainte :

- Liés aux patients :
 - Méconnaissance des droits des patients
 - Absence d'identification du lieu de dépôt de plainte
- Liés à l'hôpital :
 - Peur du monde médical

Freins au signalement liés aux patients

- **Méconnaissance des droits des patients**
 - Certains patients n'ont pas entamé de processus de plainte car ils ignoraient que c'était possible.
 - Aucun répondant ne connaissait la brochure informative sur les droits des patients.
 - Seul un patient connaissait l'existence des services de médiation.
- **Ne pas savoir à qui s'adresser**
 - A part un répondant qui a eu recours à un service de médiation, personne dans les groupes ne sait qu'il peut s'y adresser.
 - Un répondant a même eu recours au service de médiation sans le savoir.

Freins au signalement liés à l'hôpital

- **Institution inébranlable**

La plupart ont le sentiment que se plaindre serait inutile car le monde médical leur apparaît comme un bloc puissant et solidaire

« C'est le pot de fer contre le pot de terre . . . Ils se tiennent entre eux. »

- **Crainte des représailles**

Certains ont même peur de ne plus être aussi bien soignés dans l'hôpital en question s'ils manifestent leur mécontentement.

« Suite à la plainte, il y a eu un changement d'attitude à mon égard, une certaine distance et de la méfiance, ce sont les infirmières qui font office de relais avec les médecins. »

Attentes liées au signalement

- **Attentes initiales des patients**

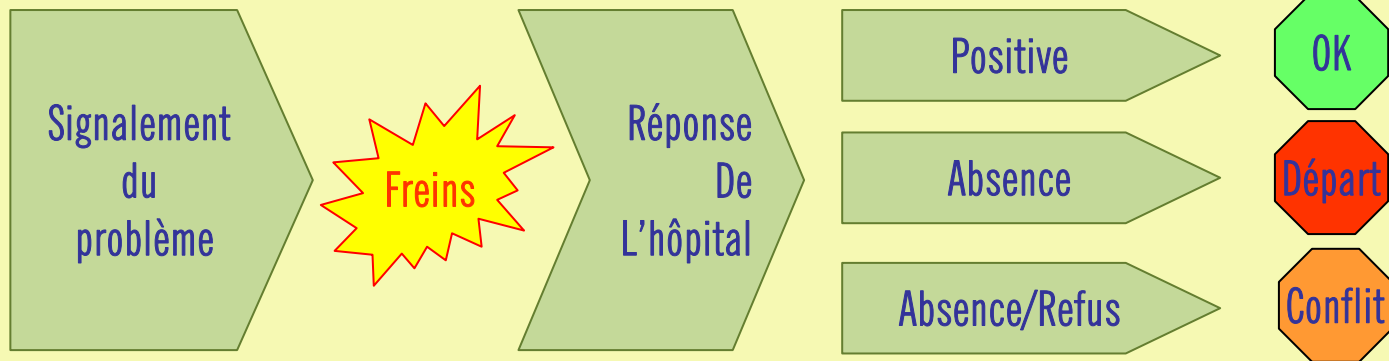
- Dans la plupart des cas, les patients souhaitent que l'institution hospitalière (ou le médecin) présente ses **excuses**.
- D'autres souhaitent prioritairement **recevoir leur dossier médical**, ayant décidé de recourir aux services d'une autre institution hospitalière.
- D'autres demandent de ne **pas devoir s'acquitter de certains frais**.
- D'autres enfin signalent un fait ou un dysfonctionnement et cherchent des **explications**.

- **Réponse de l'hôpital**

- En général les demandes des patients n'obtiennent **pas de réponses ou des réponses négatives** par rapport aux requêtes introduites.

Processus du développement de la plainte

- Phase 2 : du signalement au traitement



La réponse de l'institution détermine le comportement futur du patient :

- La réponse positive permet de lever le conflit
- L'absence de réponse augmente le stress et peut conduire au départ du patient
- L'absence de réponse ou le refus de prise en compte lance un processus dynamique de conflit

Les freins qui limitent le traitement de la plainte :

- Liés au patient : manque d'énergie, découragement, logique de départ
- Liés à l'institution : absence de dialogue, de réponse.

Freins au traitement liés aux patients

- **Découragement (manque d'énergie, de temps)**
 - Tous réagissent sur le moment, certains obtiennent un résultat immédiat mais les autres sont le plus souvent dans un état physique ou psychologique qui les empêche de réagir.
 - Certains estiment que l'enjeu et la faible probabilité d'être reconnu dans son droit ne justifient pas une telle dépense d'énergie.
- **Logique de départ**
 - Par conséquent, ils réagissent souvent en changeant d'institution hospitalière.

Freins au traitement liés à l'hôpital

- **Absence de réaction de la part de l'hôpital**

Certains introduisent une plainte en se servant du formulaire d'évaluation. Selon les cas, soit il n'y a pas de suite, soit le service de médiation traite le dossier mais n'organise pas de dialogue et ne délivre pas de sanctions ce qui amène le répondant à cesser toute action et à ne plus s'adresser à l'hôpital.

Attentes liées au traitement

- Réactions du patient
 - Le processus de plainte et la nature des objectifs poursuivis évoluent selon les réponses reçues en retour des requêtes formulées par les patients :
 - Soit la réponse est satisfaisante et le processus de plainte s'arrête là.
 - Soit les patients abandonnent toute action en cas de non-réponse ou réponse insatisfaisante
 - Soit ils enclenchent un nouveau processus en modifiant la nature de la plainte et formulent d'autres attentes (p.ex. indemnités financières ou sanctions vis-à-vis du médecin, responsable selon eux d'une erreur médicale).
 - En général, la **demande d'excuses ou d'explications non satisfaite se transforme en conflit qui ne peut guère trouver de solution par le biais d'une médiation.**
 - La médiation est inconnue des patients et devrait intervenir en tout début de processus, alors que par méconnaissance, ils envisagent d'y avoir recours en fin de processus quand elle n'est plus possible (ils exigent des sanctions).

Attentes liées au traitement

- **Remarques Importantes**

- Un élément commun apparaît : un **déficit de communication de la part de certaines institutions hospitalières** qui ne traitent pas les demandes introduites et ne répondent pas aux demandes figurant sur les formulaires d'évaluation. Les patients éprouvent le sentiment qu'il n'existe pas d'écoute vis-à-vis de leur problème. (*« On nous traite comme du bétail »*)
- Le **peu de place occupé par le médecin traitant dans le processus** est frappant. Il pourrait pourtant constituer un recours préférentiel pour le patient lorsque celui-ci rencontre un souci avec un spécialiste, mais les patients n'ont que très rarement évoqué le recours aux conseils du généraliste. Le médecin traitant semble absent du débat alors qu'il pourrait occuper une place de modérateur non négligeable pour tempérer la naissance de conflits sous réserve que le médecin traitant ne soit pas associé à la « caste » des médecins aux yeux du patient.

Plaintes et processus dynamique de conflit

- **Le processus dynamique de conflit**
 - L'absence de réaction ou une réponse insatisfaisante de l'institution hospitalière conduit le patient à s'inscrire dans un processus dynamique de conflit qui ne peut guère trouver de solution par le biais d'une médiation.
 - La compréhension de cette dynamique apparaît à travers six études de cas présentées ici.
- **Études de cas :**
 - Recours à l'ordre des médecins par ignorance de l'existence du médiateur
 - Escalade du conflit jusqu'au procès
 - Demande d'indemnisation suite à l'absence d'explications
 - Reconnaissance de l'injustice
 - Refus d'obtention d'un dossier médical
 - Problème d'insatisfaction et amélioration des services

Recours à l'ordre des médecins

- **Logique** : L'ignorance de l'existence du médiateur conduit le patient à s'adresser à un organisme (re)connu
- **Problème** : erreurs médicales répétées lors du diagnostic et du traitement d'un cancer..
- **Initiatives** : remarques orales suivies par envoi d'un courrier au chef de service du premier hôpital et au second hôpital pour se plaindre d'erreurs médicales et ensuite à l'ordre des médecins.
- **Objectif** : obtenir le dossier médical et des excuses du médecin.
- **Résultats** : aucun résultat → découragement et arrêt de toute procédure. « *Je n'avais pas l'énergie ni les moyens de continuer* »
- **Analyse** : Les problèmes du patient sont récurrents tout au long du traitement sans qu'il reçoive de réponse satisfaisante des médecins. Cette situation mène le patient à introduire immédiatement un recours auprès de l'ordre des médecins. Il entre dès cet instant en conflit aigu et demande des sanctions. Il ignore qu'une autre procédure existe et n'obtient aucun résultat.

Escalade du conflit jusqu'au procès

- **Logique** : suite à l'absence d'écoute, la relation patient-institution dégénère et l'institution judiciaire doit intervenir.
- **Problème** : problème persistant et grave pour le patient et son enfant.
- **Initiatives et résultats** : plainte écrite par les parents (suite à une incapacité du patient à porter plainte) à la direction de l'hôpital → réponse négative car présence de plaintes différentes dans une même lettre → envoi de courriers recommandés à chaque chef de service concerné → aucune réponse → recours à un avocat et à la presse → menaces de mort par le médecin → plainte à la police → procès.
- **Objectif** : obtenir le dossier médical et éviter que le problème ne se répète chez d'autres patients.
- **Analyse** : changement dans la nature de la plainte - transformation du conflit.

La demande initiale se transforme progressivement en un conflit personnel entre le patient et le médecin. Devant les refus de l'institution hospitalière et des différents chefs de service et les menaces de mort du médecin, la plainte s'est développée et complétée d'une demande d'indemnisation financière. « *Si j'avais reçu mon dossier et des excuses, j'en serais resté là* »

Demande d'indemnisation suite à l'absence d'explication

- **Logique** : L'absence de réponse de l'institution hospitalière conduit à une demande d'indemnisation.
- **Problème** : problème persistant suite à la pose d'un plâtre. Hospitalisation de plusieurs mois dans un autre hôpital où le patient prend conscience de l'origine du problème.
- **Initiatives** : envoi d'un courrier au premier hôpital afin d'identifier le problème. « *je veux savoir ce que j'ai* »
- **Résultats** : pas de réponse → demande d'avis du médecin traitant → celui-ci ignore la nature du mal → envoi d'un courrier recommandé au premier hôpital où le plâtre a été posé → pas de réponse → demande d'indemnisation et de reconnaissance d'une erreur médicale → l'hôpital invite le patient à s'adresser à un avocat → abandon par manque de moyens financiers pour une action en justice et par sentiment de ne pas pouvoir rivaliser avec les médecins.
- **Analyse** : changement de la nature de la plainte d'une demande d'explication en demande de réparation devant la persistance du problème de santé et le refus de donner des explications.

Reconnaissance d'une injustice

- **Logique** : Un problème de confiance conduit à demander de reconnaître une injustice.
- **Problème** : demande de suppléments financiers par le médecin.
- **Initiatives et résultats** : demande d'une attestation afin de récupérer les frais auprès de la mutuelle et de l'assurance → refus du médecin → soutien auprès de la mutuelle et de l'assurance → courrier au médecin et copie à la direction de l'hôpital → le médecin propose de rembourser.
- **Changement de la nature de la plainte** : à ce moment du processus, le patient attend une sanction de la direction vis-à-vis du médecin → suggestion d'adresser la plainte au service "relations patient-médecin" → la direction présente ses excuses et propose une nouvelle facturation.
- **Analyse** : ni la qualité des soins, ni le rapport humain ne sont en cause mais le sentiment d'avoir été trompé. Alors que le problème est de nature financière, le patient refuse la proposition de remboursement, il en « *fait une question de principe* ». La satisfaction du client vient davantage des excuses de la direction que de la solution financière. C'est la reconnaissance de l'injustice dont il se sentait victime qui était devenue son objectif dans la démarche de plainte.

Refus d'obtention du dossier médical

- **Logique** : Le refus d'obtenir le dossier médical conduit le patient à réclamer une indemnisation
- **Problème** : impossibilité d'obtenir le dossier médical chez le premier hôpital consulté.
- **Initiatives et résultats** : demande d'obtention du dossier médical → pas de réponse → envoi d'un courrier au secrétariat avec demande d'explications sur la nature des frais vu qu'il n'y a pas de dossier → pas de réponse → tentative d'obtention du dossier médical par le biais du second dispensateur de soin → constat de l'absence du dossier → abandon du processus de plainte.
- **Analyse** : Tout au long du processus le patient ne dévie pas de l'objectif premier (= obtention du dossier médical). Il ne transforme pas la nature du conflit, mais abandonne la procédure alors que son objectif change. Le fait d'apprendre l'existence d'un service de médiation l'incite à envisager d'introduire une plainte, non plus pour récupérer son dossier médical mais pour récupérer les frais qu'il a payés pour des examens répertoriés nulle part. S'il s'adresse à la médiation, sa demande aura changé et ne relèvera plus de la gestion d'une médiation mais de la résolution d'un conflit accompagné d'une demande de sanction pour erreur médicale et d'indemnisation.

Problème d'insatisfaction et amélioration des services

- **Logique** : Le stress généré par l'insatisfaction liée à la qualité des soins disparaît suite à une écoute attentive.
- **Problème** : Problème ponctuel de la qualité du service en cours d'hospitalisation et d'examens
- **Initiatives et résultats** : Courrier au chef de service avec description du problème et demande d'explications → réponse du chef de service: pas d'explications mais présentation d'excuses → constat par le répondant lors d'un examen ultérieur de l'amélioration de la qualité du service → satisfaction du répondant.
- **Analyse** : Extinction de la plainte suite à une réponse satisfaisante et rapide de l'institution hospitalière

L'ambiguïté de la relation patient - hôpital

- **La relation entre le patient et l'institution hospitalière est paradoxale**
 - Dépendance-indépendance : Les patients souhaitent être traités comme des personnes dépendantes, totalement prises en charge mais certains patients souhaitent également recevoir des explications sur le mode d'une relation de confiance et exigent de leur interlocuteur qu'il s'adapte à ce nouveau mode de communication.
 - Modes de communication : La gestion de la communication entre le prestataire de soins et le patient est délicate car il existe un passage incessant d'un état émotionnel à un autre, de la dépendance à l'autonomie, de l'information à la prise de décision. Le personnel administratif, soignant et médical doit pouvoir s'adapter en permanence à ces changements de mode de communication.
 - Aux problèmes probablement objectifs de communication et aux problèmes issus d'actes techniques ou d'ordre financier, viennent s'ajouter des **problèmes de perception de la communication**.

Perception de l'institution hospitalière

- Pour les patients, les missions de l'hôpital devraient correspondre à « *Ecouter, soulager, renseigner, aider, guérir, expliquer, accueil, rendre service, être humain, dire la vérité, rassurer, sérénité, soigner, gérer le suivi, compétence, rapidité, efficacité, patience, assistance, service au public. . .* »
Or, les patients associent spontanément la position du patient par rapport à l'hôpital à différents termes qui expriment des sensations issues d'expériences pour la plupart désagréables:
 - d'ordre financier : « *Pigeon, dindon de la farce, facture, cochon payeur . . .* »
 - liées au statut : « *Soumission, numéro, dossier, cas, dépendance, attente, non respect, salle d'attente, quantité négligeable. . .* »
 - liées aux émotions : « *Angoisse, inquiétude, peur, souffrance, douleur, nervosité, agressivité, méfiance, patience. . .* »
- Un rapport de force s'installe tant dans la relation patient – institution « *C'est le pot de fer contre le pot de terre* » que de la relation patient – médecin « *C'est le bon dieu - ils font ce qu'ils veulent - ils se tiennent entre eux - ils sont tout-puissants - Ils sont l'élite et se croient tout permis* »

Attentes vis-à-vis de l'institution hospitalière

- Les patients attendent de l'hôpital qu'il remplisse un rôle de conseiller et de protecteur.
 - Les patients se soumettent et attendent protection. Ils demandent de pouvoir se confier entièrement à l'institution hospitalière. Ils savent qu'ils sont dans un rapport de dépendance et ils souhaitent être pris en charge. Ils reconnaissent leur incompétence en matière de soins et délèguent entièrement leur pouvoir à l'institution hospitalière pour exécuter les actes médicaux. *« Il faudrait qu'ils comprennent qu'on a le droit de souffrir et qu'on s'occupe de nous ». « J'aurais aimé que l'on me prenne dans les bras »*
 - Tout au long des contacts avec l'institution hospitalière, les patients attendent d'être en contact avec une instance protectrice, bienveillante, qui comprenne tous leurs problèmes et les prenne en charge. Ils attendent ce type d'attitude à tous les niveaux du processus : prise de rendez-vous, diagnostic, attente et l'accueil, soins médicaux, contact avec le personnel médical, suivi médical.
 - Toutefois, ils se méfient du rôle de surprotection ou du danger que l'institution hospitalière ne se substitue au patient dans les choix à opérer.

Réponses de l'institution hospitalière

- L'institution hospitalière agit en fixant les droits et les devoirs.
 - Elle est perçue comme une institution qui critique, dévalorise, limite les choix du patient au lieu de faire preuve d'empathie, exerce un pouvoir perçu comme arbitraire et dévalorisant. « *Numéro, partie négligeable...* » « *Le médecin m'engueulait...* »
 - Il suffit dans certaines circonstances que l'institution hospitalière engage un discours sur le mode informatif et n'assure pas une prise en compte totale du patient pour parfois être perçue comme critique, car l'attente de prise en charge est totale chez certains patients.
 - Dès l'instant où les résultats espérés ne correspondent pas à l'attente des patients, ceux-ci mettent en cause les capacités de l'institution.
 - Les problèmes évoqués par les patients surgissent à différents niveaux. Globalement, les patients évoquent des problèmes de communication tout au long du processus avec l'institution hospitalière.
 - Ils estiment tous, que les rapports avec l'institution hospitalière manquent d'humanité.

Evaluation du service de médiation

- **Des services méconnus**

- La plupart des patients ignorent l'existence des services de médiation. Tous les patients ayant rencontré des problèmes et qui en ont fait part à des représentants de l'institution hospitalière, n'ont que très rarement été informés de la possibilité d'y recourir. Tous les patients estiment qu'il faudrait leur renseigner systématiquement l'existence de ce service en cas de problème.

- **Des services idéaux mais peu crédibles**

- Après avoir pris connaissance de la brochure présentant les droits des patients et le service de médiation, la plupart des patients estiment qu'il s'agit d'un descriptif de droits idéaux mais que cela ne correspond pas à la réalité qu'ils déclarent avoir expérimentée. *« C'est le monde idéal ça ! si on avait su cela plus tôt . . . » « Les patients ne connaissent pas leurs droits » « Les médecins savent-ils cela eux-mêmes ? On ne dirait pas »*
- Les patients sont très dubitatifs quant à l'efficacité de ce service, car celui-ci ne possède pas de pouvoir contraignant ou de sanction et ne serait, selon eux, pas indépendant par rapport à la structure hospitalière.

Verbatims

- *« La médiation, ce n'est rien, si le médecin ne veut pas venir, il ne vient pas »*
- *« Ça ne sert à rien, c'est écrit que la gestion du conflit dépend de la bonne volonté, or il n'y en a pas de la bonne volonté du côté des médecins »*
- *« Est-ce que ce n'est tout simplement pas un service pour retarder, et que cela finit de toute façon en justice, mais il faut avoir les moyens »*
- *« C'est du blabla, un compromis à la belge »*
- *« La conciliation il faut être deux, ça ne sert à rien, ils ne viendront pas »*
- *« Je ne vois pas ce qu'il aurait pu faire. . . Il n'y avait pas de dossier médical, il n'y avait rien à faire »*
- *« Il faut un organe qui puisse exercer un bras de fer, les médecins c'est comme le bon dieu, ils gèrent la vie, ils font ce qu'ils veulent »*
- *« Tout ça c'est du papier pendant que les gens meurent »*
- *« Il faudrait un service indépendant de l'hôpital, qui les paye ? »*
- *Certains expriment également des doutes quant à la compétence des médiateurs :*
- *« C'est quoi exactement un médiateur ? »*
- *« Il a quelle formation ? Il faut quelqu'un d'expérimenté et de formé, quand je vois tout ce que j'ai du débroussailler dans mon affaire, il faut des connaissances d'assistant social, de psychologue, de médecin, il faut connaître toute l'administration. . . »*
- *« Il faut que ce soit des médecins, ils doivent s'y connaître, comment vérifier s'il y a une erreur ? »*
- *« Il doit être juriste aussi, en fait il faudrait une équipe pluridisciplinaire »*

Attentes vis-à-vis du service de médiation

- **Un rôle de défense ou d'arbitre**

- Le rôle même du médiateur n'est visiblement pas toujours perçu dans sa neutralité, car les patients recherchent en général un allié ou un juge qui sanctionne et les reconnaisse dans leur droit. Ils attendent en priorité des excuses voire des sanctions. « *Est-il vraiment neutre ? Va-t-il prendre position ?* »
- La plupart des patients estiment que le médiateur devrait rencontrer le patient et organiser une rencontre avec le médecin mis en cause.

- **Exemples:**

- Un patient qui a eu recours à la médiation constate avoir eu des résultats (la direction a présenté des excuses et elle a proposé une solution au problème financier) mais s'étonne cependant de ne jamais avoir reçu son dossier médical malgré tout. Il regrette également qu'il n'y ait pas eu davantage de sanctions.
- Un patient qui a eu recours à ce service ignorait la nature du service et estime qu'il est inefficace, car il n'a rencontré que la médiatrice et jamais les médecins. Il regrette de n'avoir reçu qu'un courrier dans lequel on lui annonçait que les médecins conservaient leur point de vue.

Conclusions

- La médiation hospitalière s'inscrit dans le processus de gestion des plaintes.
 - Dès le départ, la méconnaissance des droits du patient et l'absence d'identification du service limite le dépôt des plaintes. D'autant que la peur du monde médical - monde inconnu et inébranlable - est renforcée par la crainte des représailles auprès du malade.
 - Une solution s'offre aux patients : le départ ou le changement d'institution, surtout en cas de réaction de l'institution hospitalière, même si les attentes sont d'abord de nature relationnelle.
 - Le déficit de communication est bien réel au sein de certaines institutions hospitalières.
 - L'absence de réaction de l'institution hospitalière conduit le patient à s'inscrire dans un processus dynamique de gestion des plaintes et souvent dans un processus d'escalade.
 - Seule une prise en compte, dès le départ, du problème rencontré permet une solution rapide et souvent simple du problème.

Conclusions

- **La médiation hospitalière s'inscrit dans un contexte relationnel particulier : celui de la relation patient - hôpital.**
 - Les patients attendent de l'hôpital qu'il remplisse un rôle de conseiller et de protecteur mais l'institution hospitalière agit en fixant les droits et les devoirs. Elle est perçue comme une institution qui critique, dévalorise, limite les choix du patient au lieu de faire preuve d'empathie.
 - La gestion de la communication entre le prestataire de soins et le patient demeure difficile car la relation entre les différents états émotionnels, dépendance et autonomie, information et prise de décision est difficile.
- **La médiation hospitalière est méconnue et peu crédible.**
 - Les patients ignorent trop souvent l'existence des services de médiation et ils sont très dubitatifs quant à l'efficacité de ces services, car ils ne possèdent pas de pouvoir contraignant ou de sanction et ne seraient pas indépendant par rapport à la structure hospitalière.

Recommandations

- La **médiation doit intervenir très rapidement** avant que le conflit n'atteigne un stade irréversible.
 - Les patients se trouvent en général en situation de dépendance par rapport au corps médical et, se sentant trompés alors qu'ils sont en état de faiblesse, ont tendance à développer des stratégies conflictuelles impliquant immédiatement la direction ou une instance officielle (ordre des médecins), ce qui rend difficile toute conciliation.
- **L'information sur l'existence du service de médiation doit être généralisée:**
 - auprès des patients (p.e. en rendant les brochures plus visibles). Il est probablement nécessaire de prévoir une politique proactive du service de médiation vers les patients.
 - auprès du corps médical (médecins, infirmières, accueil, etc.) afin que les patients confrontés à des problèmes puissent être dirigés le plus rapidement possible vers le service de médiation.
- Tous les patients estiment que la mission essentielle d'un service de médiation devrait être de **rétablir la relation de confiance** entre le patient et le médecin.

Auteurs :
Elisabeth Taupinart, Marc Vandercammen

Éditeur Responsable :
Marc Vandercammen

CRIOC
Boulevard Paepsem, 20 - 1070 Anderlecht
Tél. 02/547.06.11 - Fax. 02/547.06.01
www.crioc.be

Édition 2008
Réf. Catalogue : 500 -08

D 2008-2492-03
©CRIOC

Prix : 33 €

Reproduction autorisée à des fins non-commerciales moyennant mention des sources