

Avec le soutien de la Fondation Roi Baudouin

Faciliter l'accès au service de médiation hospitalière

Réflexions et propositions sur base des motivations, freins, éléments de satisfaction et d'insatisfaction des patients à recourir au service de médiation

Projet réalisé

BSM Management et l'asbl Medsoc

Chargé de projet : Frédéric Bielen



Janvier 2008

BSM Management et l'auteur

Docteur en Sciences de Gestion de l'Université catholique de Louvain et diplômé en management de la qualité, Frédéric Bielen est fondateur de BSM Management, organisation de conseils, d'études et de formations dont la mission est d'aider les organisations de services, marchandes ou non marchandes, à conduire des démarches d'amélioration continue de leurs activités et pratiques, et à mettre en place une réelle culture service orientée vers le bénéficiaire.

Actuellement chargé de cours invité à l'Institut d'Administration et de Gestion et à l'École de Santé Publique de l'Université catholique de Louvain, il est mandaté par l'ASBL Medsoc afin de coordonner un vaste projet visant à contribuer à une meilleure connaissance des attentes et de la satisfaction des patients, ainsi que d'aider les hôpitaux partenaires à développer une réelle « orientation patient ».

Notre site : www.bsm-management.be

Contact : f.bielen@bsm-management.be

L'ASBL Medsoc

Le Medsoc est une organisation active depuis plus de trente ans dans différents hôpitaux belges. Cette ASBL a deux pôles dans sa mission :

- Produire des services de nature informatique à l'adresse de ses hôpitaux membres. L'asbl Medsoc développe et maintient toutes les applications de gestion administrative pour hôpitaux : administration centrale des patients, facturation, gestion salariale, Comptabilité, gestion des achats...
- Assurer le suivi d'une étude à long terme sur les attentes et la satisfaction des patients.

A ce titre, elle participe notamment à des projets visant à l'amélioration de l'orientation patient des organisations hospitalières

Remerciements

Ce rapport n'aurait pas pu voir le jour sans la collaboration d'un grand nombre de personnes, que nous tenons à remercier chaleureusement.

- Aux patients et aux proches anonymes de ce travail, aux membres de la Ligue des Usagers des Services de Santé et de l'ASBL Erreurs Médicales, aux différents professionnels de la santé, aux représentants des directions hospitalières,.... merci à vous toutes et tous qui nous avez donné de votre temps pour partager des pratiques, des expériences, des doutes, des visions sur le thème de la médiation hospitalière. Vous vous reconnaîtrez à la lecture de ce document, et y trouverez des éléments de discussion que nous avons partagés ensemble.
- Aux trois hôpitaux partenaires du projet, le Centre Hospitalier Régional de la Haute Senne de la Province du Hainaut, la Clinique St Pierre de la Province du Brabant Wallon et le Centre Hospitalier Chrétien de la Province de Liège : merci aux différentes directions d'avoir accordé leur confiance à ce projet, merci pour leur disponibilité et d'avoir partagé leur vision sur la thématique.
- Merci, mille fois mercis aux médiateurs de ces institutions - Patricia Lauwers, Isabelle Wauthy et Emmanuel Legrand - d'avoir collaboré dans la durée, au cours des différentes étapes du projet, dans le respect toujours présent de la diversité des points de vue.
- A la Fondation Roi Baudouin d'avoir soutenu ce projet, d'en avoir accepté les doutes et les évolutions. Un merci particulier à Mr Lisoir pour son écoute attentive et son vif intérêt.
- A l'ASBL Medsoc et à ses différents responsables pour leur soutien permanent dans la réalisation de projets en faveur d'une réelle orientation patient des organisations hospitalières.
- A Anne-Cécile et à Christophe pour votre aide précieuse et votre soutien à différentes étapes de ce projet.

Table des matières

Introduction

1. Cadre méthodologique du projet
 - 1.1. Phase 1 - Etude exploratoire avec les partenaires du projet
 - 1.2. Phase 2 - Etude qualitative auprès des patients et proches de patients
 - 1.3. Phase 3 - Etude qualitative auprès d'autres acteurs concernés par la médiation
 - 1.4. Phase 4 - Phase de triangulation et de développement des résultats
2. Motivations, freins, satisfaction et insatisfaction par rapport à la médiation hospitalière
 - 2.1. La médiation hospitalière et les droits du patient
 - 2.2. Motivations et freins à recourir à la médiation hospitalière
 - 2.2.1. Motivations dans le recours à la médiation
 - 2.2.2. Freins dans le non recours à la médiation
 - 2.3. Motifs de satisfaction et d'insatisfaction à recourir à la médiation hospitalière
 - 2.3.1. Motifs de satisfaction
 - 2.3.2. Motifs d'insatisfaction
 - 2.4. Profils de patients et divergences de points de vue
3. Propositions pour un service de médiation plus accessible et plus satisfaisant
 - 3.1. Avant le premier contact
 - 3.1.1. Information sur l'existence et le rôle du médiateur, ainsi que sur ce qu'est la médiation auprès des citoyens et de la patientèle
 - 3.1.2. Information sur l'existence et le rôle du médiateur, ainsi sur ce qu'est la médiation auprès de l'organisation et du personnel
 - 3.1.3 Renforcer la visibilité et l'accessibilité du médiateur auprès des patients sans encourager les plaintes inappropriées
 - 3.1.4. Accroître la visibilité auprès des acteurs internes et externes
 - 3.1.5. S'interroger sur la signification du mot « médiateur » pour les acteurs, ouvrir à d'autres modes possibles de gestion de plaintes et entrevoir éventuellement une autre appellation
 - 3.2. Du premier contact au « dernier » contact avec le médiateur : au cours du processus de médiation
 - 3.2.1 Accélérer le dépôt de la plainte auprès du médiateur
 - 3.2.2. Développer des outils de classification cohérents des plaintes et des plaignants et partagés pratiquement par les médiateurs
 - 3.2.3. Etablir une « brochure de la médiation » à destination des plaignants afin de les informer de son contenu et de ses possibilités
 - 3.2.4. Rendre un « accusé de réception » reprenant la plainte déposée afin d'éviter les effets pervers des filtres de la communication, et de démontrer l'importance et le caractère professionnel de la démarche
 - 3.2.5. Rendre en tout temps visible l'état d'avancement du traitement de la plainte auprès des acteurs concernés, les tenir informés et préciser les temps nécessaires au déroulement des étapes
 - 3.2.6. Etablir des conditions d'accès au poste de médiateur hospitalier, réfléchir à la cohérence de ses éventuelles multiples fonctions dans l'organisation et inviter les médiateurs à poursuivre leur formation

3.2.7. Renforcer la visibilité et la neutralité du médiateur, tout en signalant la possibilité de transmission de l'information à la direction

3.3. Du « dernier » contact à l'après médiation : l'expérience post-médiation

3.3.1. Formaliser une lettre de « clôture » de la plainte

3.3.2. Laisser la porte ouverte et informer sur d'autres services disponibles

3.3.3. Evaluer la qualité du service par les acteurs concernés

4. La médiation de demain : vers une nouvelle structuration de ses activités dans le système des soins de santé?

4.1. Des fondements en question

4.1.1. Le principe de la médiation relationnelle

4.1.2. Le principe d'indépendance et de neutralité

4.1.3. Le principe de proximité

4.1.4. Le principe d'expertise

4.1.5. Le principe de l'équilibre de la relation entre les parties

4.2. Cadre de proposition générale : un système double

4.2.1. La gestion interne des plaintes comme levier d'amélioration de la qualité de service

4.2.2. La « médiation sanitaire » ou gestion externe des plaintes en plate-forme

Conclusion générale

Bibliographie

Annexes

Introduction

L'objectif initial de ce projet a été de contribuer au développement de la médiation hospitalière sur base d'une étude auprès des patients et de leurs familles, afin de la rendre plus proche des attentes des bénéficiaires même de ce service. Cette articulation sur la « demande » est l'angle original de cette étude.

Pour ce faire, nous avons essayé de mettre en évidence les motivations et les freins des patients à recourir à la médiation hospitalière dans le cadre des hôpitaux généraux, ainsi que les motifs de satisfaction ou d'insatisfaction liés aux différentes étapes de cette médiation interne. La connaissance de ces éléments nous a permis de proposer certaines recommandations en vue d'améliorer l'ensemble du processus de médiation, sans pour autant encourager l'expression de plaintes inopportunes. Loin de nous de penser que ce service de médiation ne contribue déjà à la satisfaction de ses utilisateurs. Mais, dans un souci de réelle orientation patient des structures sanitaires, l'amélioration des services à ses bénéficiaires en devient un enjeu permanent.

Au cours de cette recherche, nous avons eu l'occasion de dépasser les frontières initiales de l'étude pour nous intéresser aux fondements même de l'organisation de la médiation dans le cadre des services hospitaliers. La confrontation des résultats de notre étude initiale auprès d'autres acteurs concernés par la problématique, à savoir des médiateurs, médecins, gestionnaires, directeurs hospitaliers, représentants d'associations de défense et de représentation des patients, a permis de mettre en évidence certaines difficultés structurelles liées à la médiation hospitalière.

Nous terminons cette étude en proposant un nouveau cadre pour la médiation hospitalière afin de tenter de répondre aux écueils identifiés, en espérant qu'il serve d'élément de réflexion en vue du développement de la médiation, de l'amélioration de la qualité des services hospitaliers et de la défense des droits des patients.

1. Cadre méthodologique du projet

La méthodologie du projet s'est déclinée selon quatre phases principales, nécessitant chacune des moyens et/ou méthodes spécifiques en vue des objectifs à atteindre. Les deux premières phases étaient conformes à la démarche prévue lors du lancement du projet. La troisième phase a été jugée pertinente en cours de projet, menant à un objectif supplémentaire suite à la nature des informations récoltées lors des deux premières phases. Dans la dernière phase nous avons confronté les résultats avec les médiateurs partenaires du projet. Nous décrivons ci-dessous les 4 phases et les méthodes et outils utilisés.

1.1. Phase 1 - Etude exploratoire avec les partenaires du projet

Afin de bien nous familiariser avec la nature du projet, nous avons mené une étude exploratoire pour comprendre le plus précisément possible le sens même de l'activité de médiation. A cette fin, outre les références juridiques et bibliographiques sur le sujet, il nous est paru pertinent de mener des rencontres avec les médiateurs des institutions partenaires du projet, à savoir :

- le Centre Hospitalier Chrétien situé dans la Province de Liège ;
- le Centre Hospitalier Régional de la Haute Senne situé dans la Province du Hainaut ;
- la Clinique St Pierre située dans la Province du Brabant Wallon.

Le choix de collaborer avec des hôpitaux dans les différentes provinces du pays a été fait de manière à comprendre des situations de médiation contextualisées dans des régions socio-économiquement différentes.

Outre la compréhension des différents processus de médiation en vigueur dans ces différentes institutions, les entretiens menés ont permis d'identifier les caractéristiques potentiellement distinctives parmi les patients en relation avec la médiation, d'émettre certains *a priori* sur la nature des freins et motivations des patients à recourir à la médiation, de préparer les guides d'entretien en vue des entretiens avec les patients ou proches interrogés dans la phase suivante du projet et, enfin, de créer le contact avec des patients ayant eu ou n'ayant pas eu recours à la médiation.

En effet, le principe de confidentialité et d'anonymat entourant la médiation, nous a obligé à passer par les médiateurs partenaires pour établir le contact avec les patients. Nous garantissons alors l'anonymat des personnes acceptant la collaboration et le respect d'éléments confidentiels propres à leur situation.

1.2. Phase 2 - Etude qualitative auprès des patients et proches de patients

Dans le cadre du développement des activités de médiation et en support au rôle du médiateur, il nous a semblé utile de mieux cerner le processus vécu par le plaignant, tant à l'entame de son éventuelle démarche qu'à la fin de celle-ci, afin d'identifier les freins et motivations des plaignants à recourir ou non au service du médiateur. De même, il nous a semblé intéressant d'identifier, post-expérience, les apports de la médiation auprès des plaignants dans le but de mettre en évidence autant d'éléments de motivation potentielle, des éléments de satisfaction ou d'insatisfaction liés au processus vécu par le patient.

Pour parvenir à cet objectif, les études qualitatives en profondeur nous ont semblé la méthode de collecte d'information la plus indiquée. Vu le caractère confidentiel et personnel de l'expérience vécue, nous avons opté pour des entretiens individuels en face à face. A titre illustratif, le guide d'entretien utilisé auprès des plaignants ayant eu recours à la médiation hospitalière, se trouve en annexe 1.

Concernant les profils des participants à l'étude, nous avons opté pour trois types de répondants, ciblant des personnes ayant probablement des regards particuliers sur la médiation:

- Profil 1 : patients ayant eu recours à la médiation hospitalière dans les 12 derniers mois;
- Profil 2 : proches de patients ayant eu recours à la médiation dans les 12 derniers mois ;
- Profil 3 : des patients insatisfaits des services hospitaliers au cours de ces 12 derniers mois mais n'ayant pas eu recours à la médiation.

Comme expliqué ci-dessus, nous avons dû recourir à l'intermédiaire des médiateurs partenaires pour rentrer en contact avec d'éventuels participants répondant aux profils 1 et 2. Cette tâche fut nettement moins aisée que prévue vu la récence du processus de médiation vécu et/ou vu la crainte que les dossiers ne soient potentiellement ravivés par notre étude. Concernant les entretiens avec des patients n'ayant eu recours au service de médiation, nous avons bénéficié des contacts des référents qualité de certains hôpitaux nous autorisant à interroger des patients

insatisfaits de leur séjour pour des raisons susceptibles d'intégrer le cadre de la médiation. Nous avons contacté deux médecins généralistes qui nous ont mis en contact avec le même profil de répondants.

Au total, nous avons interrogé 10 personnes, ce qui représente malheureusement à peine 2/3 de notre échantillon théorique souhaité :

- 4 patients ayant eu recours à la médiation hospitalière dans les 12 derniers mois ;
- 2 proches de patients ayant eu recours à la médiation ;
- 4 patients insatisfaits des services hospitaliers n'ayant pas eu recours à la médiation.

Parmi ces personnes, 3 étaient âgées de moins de 40 ans, 5 entre 40 et 60 ans et 2 avaient plus de 60 ans. Nous avons interrogé 4 femmes et 6 hommes. Parmi les personnes ayant eu un contact avec les médiateurs, toutes ont évoqué des problèmes liés à la prise en charge par des praticiens de la santé. Une minorité d'entre eux vivent avec des dommages de type permanent. Toutefois, nous ne pouvons donner avec nos résultats aucune valeur à cette classification même si nous sommes persuadés de l'intérêt de comprendre le profil des bénéficiaires pour aider les médiateurs dans leur fonction.

Pour tenter de recueillir davantage d'informations, nous avons demandé le secours de la Ligue des Usagers des Services de Santé, elle-même intéressée par la problématique, pour organiser une étude qualitative de type « focus group » sur le sujet. Malheureusement, malgré les invitations adressées à toutes les associations de patients membres, nous n'avons pu organiser cette discussion de groupe. La difficulté à organiser ces entretiens, individuels ou de groupe, est un élément très interpellant qui a été à l'origine de la phase 3 de l'étude.

Sur base des entretiens réalisés, nous avons procédé à une analyse de contenu par résumé, sous forme d'analyse thématique, afin de faire ressortir les éléments principaux de l'étude.

1.3. Phase 3 - Etude qualitative auprès d'autres acteurs concernés par la médiation

Les résultats de l'analyse des données collectées lors des entretiens individuels, ainsi que la difficulté à rencontrer des patients ou des proches ayant eu recours à la médiation, nous ont incités à ouvrir le cadre de l'étude et à interviewer d'autres acteurs concernés par la problématique de la médiation hospitalière. L'objectif a été de confronter l'interprétation des résultats obtenus

pour élaborer une nouvelle organisation de la médiation dans les soins de santé et d'entendre leurs avis sur le système actuel comme sur une modification de ce système.

Pour ce faire, nous avons mené une étude qualitative en profondeur sur base d'entretiens individuels en face à face ou sur base d'analyse des pratiques exercées. Nous avons rencontré :

- 1 médecin généraliste ;
- 1 médecin spécialiste ;
- 2 membres de directions hospitalières ;
- 2 représentants de l'ASBL « Erreurs Médicales » ;
- 1 représentante de la « Ligue des Usagers des Services de Santé » ;
- 2 médiateurs externes au projet.

Pour illustrer cette phase, en annexe 2 se trouve le guide d'entretien utilisé lors de la rencontre avec les membres des directions hospitalières.

1.4. Phase 4 - Phase de triangulation et de développement des résultats

Enfin, les résultats des différentes phases de l'étude ont été exposés aux 3 médiateurs partenaires du projet en vue d'une triangulation des résultats, méthode qui a pour but de confirmer ou d'infirmer les résultats obtenus en utilisant différentes sources d'information, et de développer des propositions sur base de la confrontation des résultats à leur propre pratique. Cette phase, essentielle dans l'aboutissement du projet, a permis de mûrir la réflexion et de formuler des recommandations ci-dessous présentées.

Le cadre méthodologique de cette étude, reposant sur 4 phases progressives, a des visées essentiellement exploratoires et qualitatives. Il est par nature associé à des limites fortes en termes d'exhaustivité de son contenu et de représentativité de l'échantillon de répondants. Néanmoins, cette méthodologie a pour objectif d'approfondir les thèmes auxquelles elle est consacrée de manière à enrichir et ouvrir la réflexion. Elle pourrait être prolongée de manière à valider quantitativement les résultats obtenus par le recours à d'autres méthodes appropriés.

Après avoir expliqué le cadre méthodologique dans lequel s'est inscrit ce projet, le chapitre suivant s'attèle à présenter le résultat de l'analyse de contenu des entretiens menés dans le cadre des phases 1 et 2.

2. Motivations, freins, satisfaction et insatisfaction par rapport à la médiation hospitalière

Faire état des motivations, des freins, des éléments de satisfaction ou d'insatisfaction liés à la médiation, c'est accepter de considérer le point de vue du bénéficiaire et de sa perception d'utilisateur. C'est donc considérer que, dans le cadre de ses limites, le processus selon le point de vue du patient, la qualité qu'il perçoit, la satisfaction qu'il en retire ou non, peuvent aider au développement de cette activité de médiation.

Si cette façon de procéder est courante dans de nombreux secteurs, elle l'est d'autant plus difficilement dans un secteur de la santé où les bénéficiaires des services et soins prodigués ne sont pas forcément à même d'évaluer objectivement la réalité et sa complexité. Et, en même temps, si toutes les organisations tendent, d'une manière ou d'une autre, à la satisfaction des besoins des hommes, aucune d'elles n'y prétend de façon aussi directe et immédiate que l'hôpital. Aucune ne touche aussi fort à l'intimité du destinataire du service. Aucune n'entraîne une confrontation aussi directe - et parfois tragique - entre celui qui est dans le besoin et celui qui se charge d'y répondre. Dès lors, ne pas écouter ce que les patients auraient à nous dire sur leur propre expérience, placerait paradoxalement la médiation dans un type d'activité déshumanisante où seul le point de vue de l'expert mérite d'être entendu.

Dans cette section, nous présentons les résultats de l'analyse de contenu des entretiens réalisés auprès des médiateurs partenaires du projet, des patients et proches ayant eu recours à la médiation et des patients insatisfaits n'ayant pas eu recours à la médiation mais dont la nature de la plainte aurait pu les conduire à le faire. Il s'agit d'une analyse thématique par résumé orientée vers les objectifs de notre étude, à savoir l'identification des motivations et freins à recourir à la médiation, ainsi que les éléments de satisfaction et d'insatisfaction par rapport à l'expérience de la médiation.

2.1. La médiation hospitalière et les droits du patient

Sans entrer dans le détail juridique entourant la fonction de médiation, il nous est paru utile de comprendre ce que visait le législateur en invitant les hôpitaux à se doter des services d'un

médiateur. Selon le portail du Ministère Fédéral de la Santé¹, la référence aux droits du patient est très explicite et la distinction entre hôpitaux généraux et psychiatriques est précisée : *« Chaque hôpital dispose d'une fonction de médiation où le patient peut déposer une plainte en vertu d'un droit mentionné dans la loi du 20 août 2002 relative aux droits du patient. L'hôpital peut opter pour une fonction de médiation propre ou pour une fonction de médiation commune dans le cadre d'un accord de collaboration écrit avec d'autres hôpitaux. Les hôpitaux psychiatriques peuvent créer leur propre fonction de médiation ou se rattacher à une fonction de médiation d'un hôpital ou encore faire appel aux médiateurs des plates-formes de concertation psychiatrique. Les médiateurs des plates-formes de concertation psychiatrique sont compétents pour les hôpitaux psychiatriques, pour les initiatives d'habitations protégées et les maisons de soins psychiatriques ».*

La loi relative aux droits du patient prévoit l'obligation pour chaque hôpital de disposer d'un service de médiation afin de traiter les plaintes concernant les praticiens de la santé qui y travaillent. De manière résumée, les droits du patient qui sont précisés dans la loi portent sur :

- le droit à des prestations de soins de qualité ;
- le droit au libre choix du praticien professionnel ;
- le droit à l'information ;
- le droit au consentement ;
- le droit de disposer d'un dossier et de le consulter ;
- le droit à la protection de la vie privée ;
- le droit de déposer plainte auprès de la fonction de médiation compétente.

Selon le Bulletin du Conseil National², la fonction de médiation a pour première mission la prévention des questions et des plaintes par le biais de la promotion de la communication entre le patient et le praticien professionnel. Si ce premier niveau échoue, la fonction de médiation doit alors procéder à la médiation en vue de trouver une solution et, en l'absence de résultat de cette médiation, la fonction de médiation a pour mission d'informer le patient au sujet des possibilités et des autres voies en matière de règlement de sa plainte.

Notre étude s'étant focalisé sur l'univers des hôpitaux généraux, il nous a semblé utile d'illustrer comment se définissait le rôle et la mission du médiateur dans ce type d'établissement. Par exemple, au Centre Hospitalier Chrétien, le rôle du médiateur est d'assurer un relais entre le

¹ Sources : <https://portal.health.fgov.be/>

² Sources : Bulletin du Conseil National, nr 109

patient, sa famille et la clinique lorsqu'une plainte survient suite à une hospitalisation. Dans cet hôpital, il lui est défini trois missions spécifiques³:

- répondre aux plaintes des patients qui s'adressent à lui et favoriser, dans la mesure du possible, un accord sur une solution à l'amiable ;
- recueillir et analyser les plaintes reçues dans chacune des cliniques, polycliniques et maisons de repos du CHC ;
- formuler des recommandations à l'intention de la direction en matière d'amélioration de la qualité des soins et de la satisfaction des patients.

Par ailleurs, à côté de ce médiateur interne ou « local », la loi sur les droits du patient prévoit l'existence d'un autre médiateur « fédéral » accessible à tous, et à qui un patient non hospitalier pourrait également adresser ses plaintes sur la violation des droits du patient par des prestataires de soins (médecins, pharmaciens, kinésithérapeutes, etc.) pour lesquelles aucun autre service de médiation n'a été mis sur pied.

Il nous est paru essentiel de s'arrêter également sur la signification du mot médiation, indépendamment de l'hôpital. Selon le Service Public Fédéral Justice, la médiation est⁴ :

« un processus volontaire et confidentiel de gestion des conflits par lequel les parties recourent à un tiers indépendant et impartial, le médiateur dont le rôle est d'aider les parties à élaborer elles-mêmes, en toute connaissance de cause, une entente équitable qui respecte les besoins de chacun des intervenants.

L'objectif final de la médiation est de parvenir à un accord pour clore le différend. L'accord de médiation, le plus souvent écrit, entérine ce qui a été convenu entre les parties.

Le mot accord implique que les deux parties le respectent. Une médiation s'effectue toujours sur une base volontaire, et il est donc possible qu'elle prenne fin sans qu'un accord soit intervenu ».

La médiation doit donc être comprise comme un mode particulier de gestion des conflits qui vise la résolution de différends entre des parties avec l'intervention d'un tiers neutre quant à la solution, impartial et indépendant, et garantissant la confidentialité du processus. Le médiateur tente via la restauration de la communication, d'aider les parties en cause à trouver une solution au problème qui les oppose⁵.

³ Sources : www.chc.be

⁴ Sources : www.just.fgov.be/bemiddeling_mediation/

⁵ Sources : www.pfpl.be/

2.2. Motivations et freins à recourir à la médiation hospitalière

Un des premiers éléments à identifier pour faciliter l'accès à la médiation hospitalière interne concerne les motivations des patients à recourir à ce service, de même que les freins qui pourraient y être associés et qui empêchent ou rebutent le patient. Nous résumons ci-dessous ces éléments traduits des entretiens avec les patients ou proches interrogés, et également corroborés par les médiateurs partenaires de l'étude.

2.2.1. Motivations dans le recours à la médiation

Les motivations exprimées font référence à des motivations placées soit sous l'angle de l'organisation, des praticiens, voire des autres patients, soit sous l'angle plus personnel et individuel. En aucun cas, nous n'avons entendu un discours qui serait exclusivement d'une catégorie. Les motivations résultent toujours d'un agencement comportant des facteurs d'ordre organisationnel venant s'ajouter à des éléments plus personnels, subjectifs. Nous présentons ci-dessus la liste des motivations enregistrées dans notre étude. L'ordre d'apparition ne relate en rien l'importance exprimée et il ne faudrait considérer cette liste comme exhaustive, mais bien comme le traitement de l'information que nous avons pu récolter :

- Informer l'institution, la direction et/ou le personnel du problème, de la situation, ...
- Faire changer les choses/les processus au sein de l'organisation pour que les erreurs puissent ne pas se répéter
- Favoriser la prise de conscience des acteurs de leurs comportements, attitudes ou des conséquences du problème
- Faire évoluer les mentalités dans le secteur des soins de santé
- Faire valoir le respect et les droits des patients de manière générale
- Rééquilibrer la relation patient-médecin
- Etre écouté et considéré par l'organisation
- Faire connaître sa souffrance à autrui
- Partager sa souffrance et sortir de l'isolement ressenti par celle-ci
- Lancer un appel au secours
- Se décharger
- Se dédouaner par rapport à une certaine culpabilité dans le cas de proche de patients
- Entendre des excuses

- Sanctionner les personnes responsables
- Souhaiter une récupération financière
- Souhaiter une réparation financière

2.2.2. Freins dans le non recours à la médiation

Les freins exprimés font état soit de perceptions non nécessairement fondées ou d'éléments issus du vécu des répondants :

- L'absence de neutralité du médiateur à cause de l'appartenance à l'organisation
- La proximité de la direction et du parti pris associé
- L'inutilité de l'action et l'absence de sens associé
- La peur des représailles
- L'absence d'alternative de soins de santé
- L'ampleur de la sanction potentielle pour la personne concernée par la plainte
- L'absence de motivation forte
- L'absence d'intérêt (pour l'organisation, pour le professionnel,...)
- Le manque de réactivité de l'organisation ou du moins, sa perception
- Le manque de publicité sur l'existence du médiateur
- L'incompréhension de ce qu'est la médiation
- La méconnaissance du rôle du médiateur
- La non identification du canal à suivre
- Le souhait d'atteindre la direction et non une tierce personne
- L'effort à fournir

Comprendre les motivations et freins des patients ou proches à recourir à la médiation, doit nous permettre de renforcer et de faire valoir les éléments positifs tout en tentant de lutter contre les éléments négatifs en vue de faciliter l'accès à la médiation. Il n'en reste pas moins que c'est l'expérience en tant que telle du service de médiation qui doit permettre d'améliorer le processus existant, raison pour laquelle nous en avons étudié les motifs de satisfaction et d'insatisfaction.

2.3. Motifs de satisfaction et d'insatisfaction à recourir à la médiation hospitalière

Lorsqu'on cherche à identifier les motifs de satisfaction à l'égard d'un service, il est utile de se rappeler que la satisfaction et l'insatisfaction ne sont pas nécessairement des concepts miroirs l'un

de l'autre, qu'il ne suffit pas d'éliminer l'insatisfaction pour nécessairement engendrer la satisfaction, et que les raisons conduisant à l'un ne sont pas forcément celles menant à l'autre.

Dès lors, nous avons trouvé intéressant d'exprimer ces éléments de manière distincte, en vue de les exploiter comme autant de pistes potentielles pour améliorer le processus de médiation. Rappelons que l'ordre d'apparition de ces éléments ne revêt aucune signification en termes d'importance ou autre, de même que cette liste ne prétend pas à l'exhaustivité des facteurs d'explication des concepts. Les motifs exprimés sont ceux issus de nos entretiens et « triangularisés » avec l'aide des médiateurs partenaires.

2.3.1. Motifs de satisfaction

Les éléments à l'origine de la satisfaction des plaignants sont :

- La qualité de l'écoute du médiateur
- L'ouverture au dialogue
- L'ouverture d'esprit
- L'empathie exprimée par le médiateur
- L'absence de jugement à l'égard du patient
- La considération pour le patient et/ou pour le proche
- Le rigueur et suivi de la procédure
- La réactivité du médiateur et les informations données au plaignant
- La connaissance et la compréhension de la situation évoquée
- La proximité du médiateur par rapport à la réalité des faits, actes,...
- Les propositions d'actions
- Le traitement et le règlement de la plainte en tant que telle
- Le respect du plaignant
- La patience témoignée à l'égard du plaignant
- L'interpellation de la personne impliquée
- L'importance témoignée à la plainte (via la direction,...)
- La possibilité de réparer ou d'être dédommagé
- La réassurance à l'égard du pouvoir médical, du secteur hospitalier et du système de santé comme il est conçu
- Le fait de retrouver une certaine confiance par rapport à soi, à son état de santé et à son avenir

2.3.2. Motifs d'insatisfaction

Bien que moins explicitement exprimés, nous avons pu dresser une liste des motifs à l'origine de l'insatisfaction des plaignants :

- Le fait de devoir encore prouver, de devoir justifier alors qu'on souffre de la situation
- L'impression de devoir répéter et/ou revivre la plainte
- Le sentiment d'être passé d'un numéro de chambre à un numéro de dossier
- La méfiance et l'incrédulité vu l'absence de neutralité
- La lenteur de la procédure
- L'inefficacité de l'action entreprise
- L'absence d'efforts des parties en cause
- La minimisation des dommages et de la souffrance
- La difficulté à traduire le sens et l'objet de la plainte
- La difficulté à communiquer son ressenti
- L'incompréhension des arguments déployés et des informations communiquées
- L'incapacité à évaluer le résultat de l'action
- L'absence de matérialisation et de concrétisation de l'action entreprise
- Le sentiment d'absence de changement réel des choses dans le chef des acteurs concernés et l'inutilité de la démarche
- La non récupération financière souhaitée
- La confusion des rôles entre les acteurs et l'incapacité qu'a le médiateur à aider le plaignant à faire son « deuil » de la situation, sans que cela ne lui incombe

2.4. Profils de patients et divergences de points de vue

Les éléments de motivation ou les obstacles à recourir à la médiation, les motifs de satisfaction ou d'insatisfaction exprimés à l'égard du processus de médiation peuvent certainement diverger parmi les répondants : les éléments exprimés par les uns ont pu grandement varier de ceux exprimés par les autres. Les médiateurs rencontrés ont corroboré la pertinence d'identifier ces motivations en connaissance de certaines caractéristiques du patient et nous ont aidés à développer une grille de profils faisant état de caractéristiques potentiellement sources de perceptions divergentes parmi les patients ou les proches de patients à l'égard de la médiation. Les caractéristiques identifiées, présentées sous forme de grille, sont les suivantes :

Type de plaignant	<input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Proche
Recours à la médiation	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui : <input type="checkbox"/> Directement <input type="checkbox"/> Indirectement
Expérience antérieure de médiation	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui : <input type="checkbox"/> Dans le secteur <input type="checkbox"/> Hors secteur santé
Objet de la plainte	<input type="checkbox"/> Médicale <input type="checkbox"/> Non médicale
Nature de la plainte	<input type="checkbox"/> Processus <input type="checkbox"/> Résultat
Type de « dommage » lié à la plainte	<input type="checkbox"/> Permanent <input type="checkbox"/> Non permanent
Amplitude du dommage	<input type="checkbox"/> Léger <input type="checkbox"/> Lourd
Schéma mental du plaignant	<input type="checkbox"/> « Victime » <input type="checkbox"/> Plaignant constructif
Origine ethnique	Identité ethnique :
Evaluation de la médiation	<input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Insatisfait
Age du plaignant	<input type="checkbox"/> Moins de 18 ans <input type="checkbox"/> 18 – 40 ans <input type="checkbox"/> 40 – 60 ans <input type="checkbox"/> Plus de 60 ans
Genre du plaignant	<input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme

La première caractéristique met en évidence le type de plaignant, à savoir s'il s'agit du patient ou un de ses proches. Il est intéressant de savoir si le plaignant a recours à la médiation hospitalière ou non et, dans l'affirmative, savoir s'il est entré directement en contact avec le médiateur ou par l'intermédiaire d'une tierce personne (p. ex. en adressant un courrier à la direction de l'hôpital). Savoir s'il a déjà eu l'expérience d'une médiation et si oui, dans le secteur ou hors secteur. Il est intéressant de noter qu'outre l'objet de la plainte, le type de dommage lié à la plainte (permanent ou non), sa gravité et sa nature (sur le processus de soins ou sur le résultat) pourraient être d'autres éléments à considérer dans l'approche du plaignant. Par schéma mental du plaignant, les médiateurs ont souligné le caractère de la personne qu'ils ont en face d'eux dont l'attitude pourrait être différenciée s'il s'agit d'un plaignant « victime » dont le comportement est relativement opposé au plaignant « constructif », au sens où ce dernier aborde de manière constructive la médiation. La connaissance de l'origine ethnique pourrait également avoir un intérêt dans le sens où le rapport à la médiation pourrait varier selon des considérations socio-culturelles. Enfin, les caractéristiques socio-démographiques telles que la catégorie d'âge et le sexe du plaignant, pourraient également avoir un impact sur la perception que le plaignant a de la médiation.

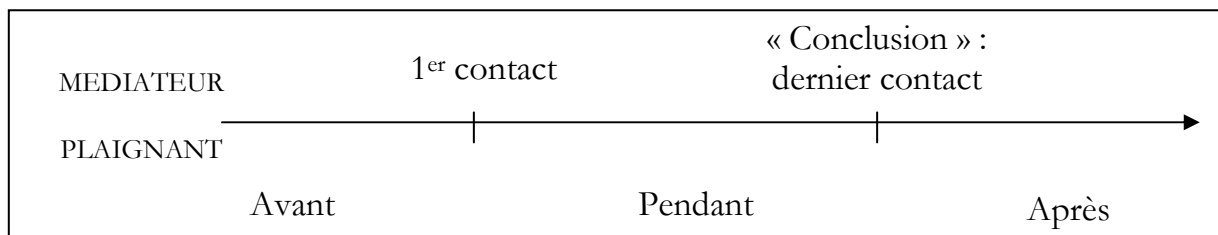
L'impact de ces variables de profils sur le vécu du plaignant et sur sa perception de la médiation, n'a pas été testé dans notre étude. Selon les principes d'anonymat des personnes et de confidentialité des informations personnelles, nous n'avons pu poser toutes ces questions ou reproduire directement certaines de leurs réponses, mais nous avons pu en apprécier subjectivement l'intérêt selon les recommandations des médiateurs.

Dans cette section, après avoir rappelé les contours de la médiation hospitalière, nous avons fait part des résultats obtenus lors des entretiens de la phase 1 et 2 du projet, mettant en évidence les motivations et freins au recours à la médiation hospitalière, ainsi que les éléments de satisfaction et d'insatisfaction entourant l'expérience de médiation vécue par le patient ou un proche de patient. Dans la section suivante, nous profitons de ces résultats pour émettre des recommandations en vue d'aider la médiation dans le respect de ses attributions et modes de fonctionnement actuels.

3. Propositions pour un service de médiation plus accessible et plus satisfaisant

Comme décrit ci-dessus, l'objet initial de ce projet a pour but de faciliter l'accès pour le patient au service de médiation hospitalière. Sur base des entretiens réalisés, de l'observation des pratiques des 5 médiateurs rencontrés, sur l'échange d'information avec les 3 médiateurs directement concernés par le projet, la question s'est traduite de la façon suivante : comment faire évoluer la médiation hospitalière dans le cadre qu'elle s'est fixée aujourd'hui, en regard des motivations, freins, éléments de satisfaction et d'insatisfaction exprimés, tout en veillant à intégrer et à respecter les différents points de vue des diverses parties prenantes ?

L'angle par lequel nous allons présenter les propositions repose sur le processus vécu par le patient qui pourrait se structurer de la façon suivante :



Le processus ainsi représenté met en évidence le fait que le plaignant inscrit son expérience dans un phasage qui distingue ce qui précède la médiation (« Avant »), ce qui la constitue (« Pendant ») et ce qui la suit (« Après »).

Dans un souci d'amélioration de la qualité du service rendu et, *a fortiori*, dans un objectif d'amélioration de l'accessibilité à la médiation, il est nécessaire de prêter attention à l'ensemble de ces phases et de comprendre les attentes des bénéficiaires du service à chacune d'entre elles. C'est sur base de ce découpage proposé aux médiateurs partenaires que nous avons construit ensemble, dans le respect de la divergence des points de vue, un guide de recommandations visant à améliorer le service de médiation en regard des motivations, freins, éléments de satisfaction et d'insatisfaction exprimés par les répondants de l'étude.

3.1. Avant le premier contact

Les recommandations concernant la phase qui précède le moment où le médiateur rentrera effectivement en contact avec le patient ou le proche du patient, vont essentiellement se concentrer sur des éléments d'information, de visibilité et de disponibilité.

3.1.1. Information sur l'existence et le rôle du médiateur, ainsi que sur ce qu'est la médiation auprès des citoyens et de la patientèle

Parmi les freins exprimés par les répondants, nous avons notamment identifié le manque de publicité sur l'existence du médiateur, la méconnaissance du rôle du médiateur et l'incompréhension de ce qu'est la médiation. L'existence du service de médiation est encore assez neuve dans l'histoire de l'hôpital, il est dès lors compréhensible qu'elle ne soit pas encore à l'esprit de la patientèle et, encore moins, de la population en général. Cela va de paire avec les droits du patient, eux aussi encore très récents, et probablement davantage identifiés par les professionnels de la santé que par les patients eux-mêmes.

Le citoyen ne se prépare pas à devenir un jour patient et il aborde en conséquence la réalité sanitaire de manière plus réactive que proactive. Il faut donc pouvoir l'aider à répondre aux questions qu'il se pose au moment où celles-ci surviennent et l'aider progressivement à devenir davantage acteur. C'est d'autant plus pertinent qu'il ne s'attend pas à devoir faire appel au service de médiation au moment où il entre en relation avec une structure et du personnel de soins.

Dans cette perspective, il serait important préalablement à toute médiation :

- de faire état des possibilités d'aide et de recours au service de médiation dans les mots du patient ;
- d'en exprimer les objectifs, les avantages, les modalités pratiques, les risques et les limites, de manière à calibrer correctement les attentes à son égard ;
- d'insister sur les conditions de fonctionnement de la médiation, notamment sur l'aspect de neutralité du médiateur ;
- d'en structurer les grandes lignes du processus de manière à concrétiser l'expérience dans l'esprit du patient ;

- de préciser l'importance que la médiation revêt pour chacune des parties et ce qu'elle permet, en évitant d'oublier que la grande majorité des patients n'a jamais expérimenté ce type de service.

Souvenons-nous que l'Etat fédéral a mené des campagnes d'information sur bon nombre de services développés pour le citoyen, il serait peut-être utile d'en faire de même sur la médiation hospitalière. A défaut, l'hôpital dispose de ses propres canaux d'information qui peuvent participer à cet objectif, du moins auprès de sa propre patientèle. Et n'oublions pas que c'est au moment où le besoin s'en fera sentir que l'information doit aussi et surtout être récupérable.

3.1.2. Information sur l'existence et le rôle du médiateur, ainsi sur ce qu'est la médiation auprès de l'organisation et du personnel

Même si le médiateur est davantage connu par le personnel hospitalier qu'il ne l'est auprès de la patientèle, son rôle, les principes de fonctionnement de la médiation et les procédures qui l'accompagnent, doivent être à l'esprit de l'ensemble des professionnels de l'organisation, ce qui ne semble pas être toujours le cas. Cela doit permettre également aux professionnels d'exprimer aux patients la possibilité qu'ils ont de s'adresser au médiateur en cas de besoin.

3.1.3 Renforcer la visibilité et l'accessibilité du médiateur auprès des patients sans encourager les plaintes inappropriées

Informé les patients sur la médiation et le médiateur aura d'autant plus d'intérêt que l'on renforcera la visibilité du médiateur auprès des patients. Le médiateur doit arriver à jongler avec un rôle d'acteur de seconde ligne, par exemple, après qu'une plainte ait été exprimée auprès d'un professionnel, et un rôle de première ligne où, dans l'esprit du patient, il intervient comme un interlocuteur privilégié dans la gestion de sa plainte. La proximité des lieux et entre les personnes de l'organisation hospitalière fait de lui un acteur direct dans l'esprit du plaignant. Pour renforcer son accessibilité, il doit donc être visible, ce qui suppose d'être identifiable et joignable très facilement. Les différents outils de télécommunication nous offrent suffisamment de moyens pour qu'il en soit ainsi sans devoir cantonner le médiateur en permanence derrière un bureau. Il est néanmoins primordial que ces éléments d'identification et d'accessibilité soient précisés à l'avance à toute personne susceptible de vouloir le contacter et, à nouveau, récupérables aisément (p.ex. via le site Internet de l'hôpital, à l'accueil,...). Il n'y a pas plus déroutant et frustrant que de

mettre à disposition un service au public dont la facilité d'accès est inversement proportionnelle à l'intérêt et à l'implication dont pourrait témoigner le bénéficiaire. L'accessibilité signifie également une proximité linguistique, voire culturelle, ce qui peut rendre plus complexe encore la tâche du médiateur devant parfois faire face à diverses identités ethniques au sein d'un même hôpital.

Par ailleurs, il faut veiller à ce que cette visibilité ne soit pas à l'origine de plaintes inappropriées ou déplacées du contexte précisé par la médiation. Cela suppose qu'une information soit également fournie en termes compréhensibles pour le patient concernant les droits et devoirs des organisations et praticiens du secteur de la santé.

3.1.4. Accroître la visibilité auprès des acteurs internes et externes

De la même manière, le gain d'information sur le médiateur et sa fonction au sein de l'organisation sera d'autant plus valorisable que sa visibilité sera accrue auprès des acteurs de l'organisation. Il en va de même pour de partenaires externes (médecins traitants, mutualités,...) qui pourraient, en tant que, par exemple, partenaire ou intermédiaire au service des patients dans la chaîne sanitaire, trouver un intérêt dans une meilleure connaissance et visibilité de ce service.

3.1.5. S'interroger sur la signification du mot « médiateur » pour les acteurs, ouvrir à d'autres modes possibles de gestion de plaintes et entrevoir éventuellement une autre appellation

Le mot médiateur renvoie à différentes significations, souvent floues dans l'esprit des personnes interrogées. L'actualité politique, par exemple, a elle-même utilisé tant et plus ce terme lors de la formation du gouvernement, dans un contexte et avec une signification différentes de celle du médiateur hospitalier.

Comme énoncé par ailleurs, la médiation est une forme particulière et, en ce sens, restrictive de gestion de conflits et de plaintes. Est-ce cette forme que privilégieraient nécessairement les acteurs concernés ? Sans que nous n'ayons cherché à développer un terme spécifique, une autre appellation pourrait être plus proche de leur réalité, sans pour autant renoncer à la médiation comme une des formes possibles de la gestion de la plainte. La référence aux termes « gestionnaire des plaintes » pourrait être à la fois moins équivoque et moins restrictive. Mais d'autres termes sont peut-être encore plus adéquats ?

3.2. Du premier contact au « dernier » contact avec le médiateur : au cours du processus de médiation

3.2.1 Accélérer le dépôt de la plainte auprès du médiateur

Une des recommandations entendues dans le chef de différents acteurs et médiateurs hospitaliers serait d'accélérer le dépôt de la plainte, de manière à pouvoir réagir au plus vite, voire mieux lorsque le « dommage » est encore corrigible. Le sens de la recommandation ne porte donc pas sur la volonté qu'aurait l'organisation à augmenter le nombre de plaintes, mais bien d'en accélérer l'enregistrement de manière à, notamment, pouvoir agir lorsqu'il est encore temps.

Une des craintes exprimées est de voir se multiplier le nombre de plaintes et, principalement, à caractère inapproprié par rapport à la mission du médiateur. Pour autant que cette crainte soit justifiée, il nous paraît plus intéressant de pouvoir enregistrer toutes les plaintes en invitant les patients à s'exprimer vers l'organisation, plutôt que vers un acteur externe, de manière à pouvoir en analyser le bien-fondé et en tirer profit. Par ailleurs, cela suppose de classifier les plaintes selon des critères de pertinence réelle par rapport à la médiation.

3.2.2. Développer des outils de classification cohérents des plaintes et des plaignants et partagés pratiquement par les médiateurs

Les rapports de médiation accessibles et les commentaires entendus des médiateurs laissent à penser que la classification actuelle des plaintes s'opère dans un cadre ouvert à une trop grande interprétation. Dans un souci d'amélioration continue, de développement d'expertise et de comparaison pertinente des processus de médiation, les médiateurs pourraient avoir intérêt à parfaire et à partager un outil de classification des plaintes plus fouillé, en vue de s'enrichir de méthodes et de pratiques appropriées à chacune des catégories établies.

Il en va de même pour le profil des plaignants qui, sans rentrer dans une standardisation des comportements, permettrait aux médiateurs de développer une meilleure compréhension des plaignants et des outils d'apprentissage sur leurs attentes en regard de certaines caractéristiques identifiées. Il en va de l'intérêt des parties que de bien comprendre les attentes des acteurs.

3.2.3. Etablir une « brochure de la médiation » à destination des plaignants afin de les informer de son contenu et de ses possibilités

Le médiateur est l'acteur par nature informé des différentes étapes qui échelonneront le processus de médiation. Il n'en connaît pas pour autant le contenu, la durée, le résultat,... Néanmoins, au vu de nos entretiens, il serait opportun de développer une brochure relative à la médiation sous forme de « charte » par exemple, mettant en exergue les étapes clés et les éléments connus du processus, de manière à ce que le patient puisse inscrire sa propre démarche par rapport à un référentiel, aussi souple soit-il. L'idée est d'aider le plaignant à concrétiser sa démarche, l'inviter éventuellement à réfléchir sur le sens qu'il lui donne, lui préciser les droits et devoirs qui l'accompagnent,... Une telle brochure pourrait également servir de support au renforcement de l'information donnée aux acteurs internes et externes.

3.2.4. Rendre un « accusé de réception » reprenant la plainte déposée afin d'éviter les effets pervers des filtres de la communication, et de démontrer l'importance et le caractère professionnel de la démarche

Au-delà du caractère émotionnel qui peut entourer le dépôt d'une plainte par un patient ou par un proche, les filtres de la communication interpersonnelle peuvent nuire à la bonne compréhension des propos entre le plaignant et le médiateur. Inviter le médiateur à consigner la plainte de manière structurée et en accusé réception formellement permettra de s'assurer que les éléments du dossier sont explicités et compris de la même manière par les différentes personnes. C'est également un signe d'engagement et de professionnalisme qui sont des éléments à l'origine de la satisfaction des plaignants.

3.2.5. Rendre en tout temps visible l'état d'avancement du traitement de la plainte auprès des acteurs concernés, les tenir informés et préciser les temps nécessaires au déroulement des étapes

Rendre visible l'état d'avancement du traitement de la plainte peut participer à la confiance du plaignant à l'égard du travail accompli et, à nouveau, démontrer le caractère professionnel du travail des médiateurs. Informer le plaignant sur le temps nécessaire pour l'avancement du traitement de sa plainte lui permet à la fois de ne pas s'impatienter de manière inutile et de ne pas perdre confiance dans la volonté et la capacité du médiateur à réaliser son travail.

Dans cette perspective, il est important que le médiateur informe l'ensemble des parties concernées sur cet état d'avancement. Une fois encore, les moyens qui amélioreront la prise de conscience des attentes et des réalités de tous les acteurs concernés pourront contribuer favorablement à la réussite du processus mis en route.

3.2.6. Etablir des conditions d'accès au poste de médiateur hospitalier, réfléchir à la cohérence de ses éventuelles multiples fonctions dans l'organisation et inviter les médiateurs à poursuivre leur formation

A l'heure actuelle, les profils des médiateurs rencontrés nous ont semblé relativement hétérogènes et leur position dans la structure organisation n'est assurément pas commune. La loi prévoit des conditions d'accès à la fonction relativement souples et peu exigeantes, fonction qui s'accompagne bien souvent d'une, voire plusieurs, position(s) dans l'institution en charge d'autres responsabilités.

Parallèlement, il faut veiller à renforcer la crédibilité et l'expertise du médiateur à travers une définition précise de son éligibilité et de sa place dans l'organisation. En outre, il semblerait utile d'inviter de manière permanente les médiateurs à enrichir leurs talents dans un métier pour lesquels les contenus sont très variés et dépassent de loin la communication interpersonnelle et la régulation sociale. Ces contenus font nécessairement référence à des considérations techniques, scientifiques, juridiques, économiques, psychologiques, éthiques,... Il paraît dès lors opportun d'inviter les médiateurs à poursuivre continuellement leur formation, et de veiller à être sans cesse informés des évolutions des domaines d'application de leurs pratiques par des moyens d'information et de sensibilisation bien identifiés.

Cette suggestion renvoie à une autre interrogation qui est celle du temps de travail accordé au poste de médiateur hospitalier. Il est certain que si cette fonction devient une seconde, voire une troisième fonction, cette évolution souhaitée devient difficilement conciliable avec le développement d'autres responsabilités.

3.2.7. Renforcer la visibilité et la neutralité du médiateur, tout en signalant la possibilité de transmission de l'information à la direction

Si nous avons déjà évoqué l'importance de la visibilité du médiateur avant même qu'il n'y ait plainte, cette visibilité doit perdurer auprès de tous les acteurs pendant le processus. Il est primordial que celle-ci soit comprise dans le rôle de neutralité qu'endosse le médiateur dans sa fonction. C'est d'autant plus important que le médiateur va intervenir dans un rôle de régulateur social et pour lequel il va devoir assurer le suivi et demander des informations. L'absence de parti pris devient une condition *sine qua non* de la réalisation de son travail, tout en demeurant à l'origine d'une crainte exprimée par les personnes interrogées.

Parallèlement, nous avons identifié plusieurs fois parmi les motivations exprimées, le souhait que l'information de la plainte soit transmise aux instances dirigeantes de l'organisation. Il semblerait important de signaler au plaignant que sa plainte pourra être transmise à la direction s'il le souhaite, ce qui semble être fait spontanément de la part des médiateurs. Néanmoins, cette étape présente un versant légal à analyser et à préciser.

3.3. Du « dernier » contact à l'après médiation : l'expérience post-médiation

Même s'il existe un risque, une difficulté, voire une impossibilité juridique, de conclure un accord de médiation et si, par définition, la porte vers les parties doit rester toujours ouverte, il est important de comprendre que l'expérience du plaignant se matérialise sous forme d'un dernier contact avec le médiateur, et que ce qui suit cette rencontre ne termine pas pour autant l'expérience et le vécu du plaignant.

3.3.1. Formaliser une lettre de « clôture » de la plainte

Pour l'intérêt des parties, il serait utile que le médiateur puisse faire état de la plainte et des résultats du processus de médiation dans son ensemble, mettant en évidence les faits et avancées. Pour le plaignant, il s'agira d'une reconnaissance formelle de sa plainte et des actions qu'elle a engendrées. Cette formalisation peut aider les parties à prendre conscience du travail et des avancées réalisés.

3.3.2. Laisser la porte ouverte et informer sur d'autres services disponibles

C'est dans le devoir du médiateur que de laisser la possibilité aux personnes de revenir vers lui. Il est donc important de le signaler tout en veillant à éviter que cette latitude soit mal comprise ou mal utilisée par le plaignant. La lettre de clôture pourra d'ailleurs être un élément de référence par rapport à la nécessité ou non d'aller plus loin, de savoir pour quelle raison il serait nécessaire de « rouvrir la plainte ». Par ailleurs, dans le cadre de sa mission, le médiateur peut être amené à informer le plaignant sur l'existence d'autres services disponibles pouvant l'aider à cette phase du processus.

3.3.3. Evaluer la qualité du service par les acteurs concernés

Dans cette étude, nous avons tenté de mettre en évidence des facteurs de motivation et de satisfaction du plaignant à l'égard de la médiation hospitalière. Il serait probablement utile d'évaluer objectivement et de manière représentative la perception qu'ont les acteurs concernés par le service rendu, de manière à guider la réflexion sur les axes d'amélioration les plus pertinents.

Dans cette partie, nous avons établi des propositions d'action en vue de rendre le service de médiation plus accessible et plus satisfaisant pour les acteurs concernés et, en particulier, pour les plaignants. A partir des motivations, freins, éléments de satisfaction ou d'insatisfaction identifiés lors de l'étude terrain du projet, nous avons tenté des recommandations pour conforter les points forts de la médiation et pour diminuer l'impact de ses points faibles dans le système tel qu'il s'est défini actuellement.

Toutefois, certaines difficultés semblent intrinsèques à l'organisation du système de médiation comme il est prévu à l'heure actuelle. C'est la raison pour laquelle nous allons développer dans la section suivante les paradoxes de la médiation tels que nous les avons perçus, et proposer un autre système visant au traitement et à la médiation des plaintes dans le système des soins de santé.

4. La médiation de demain : vers une nouvelle structuration de ses activités dans le système des soins de santé?

Certains éléments identifiés dans notre étude - à l'origine des freins au recours à la médiation ou de l'insatisfaction des plaignants -, semblent intrinsèquement liés au système tel qu'il est conçu et développé. Dans cette section, nous évoquons tout d'abord certains principes fondamentaux de la médiation hospitalière actuelle et les paradoxes ou difficultés qu'ils peuvent engendrer ; Ensuite, nous proposons la mise en place d'un nouveau système à double niveau, visant à contourner les problèmes évoqués tout en répondant aux principaux objectifs du système actuel et en l'ouvrant à d'autres prestations des soins de santé. La question que nous avons partagée avec les médiateurs partenaires du projet afin d'alimenter cette proposition était : comment faire évoluer la médiation hospitalière, sans tenir compte du cadre qu'elle s'est fixée aujourd'hui, en regard des motivations, freins, éléments de satisfaction et d'insatisfaction exprimés et dans le respect des intérêts des parties? Les avis divergent, certes, mais voici une proposition qui n'est qu'une piste de réflexion.

4.1. Des fondements en question

L'analyse des données récoltées a entraîné une réflexion sur cinq principes guidant la médiation hospitalière : le principe de la médiation relationnelle, le principe de l'indépendance et de neutralité du médiateur, le principe de proximité, le principe d'expertise et le principe de l'équilibre de la relation entre les parties concernées. Chacun de ces éléments est exposé ci-dessous.

4.1.1. Le principe de la médiation relationnelle

L'expérience vécue par le patient qui est à l'origine de la plainte exprimée, fondée ou non fondée, correspond à une expérience :

- la plus souvent très délimitée dans le temps ;
- mettant en présence des personnes qui ne se connaissent pas ou peu ;
- pour laquelle l'un possède un statut de professionnel et l'autre pas ;

- pour laquelle l'un est prestataire d'un service dont il maîtrise le niveau d'information technique et l'autre en est le bénéficiaire avec un niveau de connaissances *a priori* et généralement nettement inférieur ;
- pour laquelle rien n'indique que ces personnes seront amenées à se revoir, voire à collaborer dans le futur.

Ces éléments invitent à considérer la prestation d'un point de vue d'une transaction précise et ponctuelle, et non d'une relation durable comprenant des antécédents et des enjeux qui lient nécessairement les personnes.

Pour autant, le modèle sur lequel repose la médiation hospitalière s'inspire du modèle de la médiation familiale à la poursuite d'objectifs bien spécifiques. La médiation familiale a pour sujet des membres d'une famille, concernés par exemple par une séparation ou un divorce ou par une rupture de communication. Elle a pour objet de dépasser le conflit, le comprendre et reprendre un dialogue ou éviter cette rupture de dialogue, d'éviter que les enfants soient mêlés à des conflits douloureux, d'envisager le futur des enfants, les répartitions et engagements de chaque parent, de décider ensemble de la scolarité, des loisirs, de la religion, des décisions de santé, des relations avec les familles respectives,..⁶ On s'aperçoit que cette médiation familiale repose sur un modèle que nous qualifions de relationnel, pour lequel des antécédents liant les parties sont très forts, des intérêts communs sont en question, des engagements futurs sont à préciser,... Ce modèle de médiation invite les parties à se rencontrer à de multiples reprises et à définir des solutions acceptables et acceptées à partir d'informations sensiblement partagées par l'ensemble des parties.

En ce sens, cette médiation familiale se différencie assez fortement de la médiation hospitalière ; et, pourtant, on tente d'appliquer la méthode de la première à la seconde. Une médiatrice externe au projet évoquait le nombre de fois où la médiation réalisée se fait de manière indirecte entre les personnes concernées, ne souhaitant ni se voir, ni s'entendre sur des intérêts futurs en question, illustrant ainsi la nécessité de gérer la plainte dans l'univers qui nous concerne, sur base d'une expérience transactionnelle et non relationnelle.

⁶ Sources : www.mediationfamiliale.be

4.1.2. Le principe d'indépendance et de neutralité

Un deuxième principe qui nous paraît paradoxal, est celui de l'indépendance et de neutralité des médiateurs hospitaliers. Dans les hôpitaux généraux, le médiateur est désigné en tant que médiateur interne, intégrant le corps des membres du personnel hospitalier aux yeux des patients. Il peut exercer par ailleurs d'autres fonctions au sein de l'institution. Sa position dans l'organigramme, déjà délicate en soi, n'en est que plus controversée de part son attachement à une autre fonction organisationnelle. Cette difficulté est évoquée également par l'équipe du « Médiateur hospitalier » sur son site Internet : « *Le manque d'indépendance et la difficulté à rester neutre ont été évoqués par plusieurs médiateurs en raison de leur lien de subordination avec l'institution...* »⁷.

Au-delà de la difficulté interne, l'image et la perception qu'en ont les personnes externes interrogées semble négative et est un frein évident au recours à la médiation. Mais à une nuance près : ce frein semble s'exprimer non pas nécessairement à cause de l'appartenance à l'organisation, mais bien à cause du paradoxe né de se revendiquer indépendant et neutre dans un tel contexte. Pour ces personnes, si le patient souhaite réellement s'adresser à une personne indépendante et neutre, il ne s'adressera pas à un membre du personnel en fonction dans l'organisation. Ce paradoxe peut mettre en péril la crédibilité même du médiateur.

4.1.3. Le principe de proximité

En corollaire, nous nous sommes intéressés à la raison qui incite certaines personnes à néanmoins interpeller le médiateur hospitalier. Outre le fait que tous ne semblent pas être de la même manière importunés par le paradoxe lié à l'indépendance et la neutralité du médiateur, certains plaignants nous ont signifié qu'il était dans leur souhait de contacter une personne de l'organisation hospitalière et non pas une personne qui ne lui appartiendrait pas.

La proximité à l'organisation est donc un principe important et qui peut être encore plus manifeste lorsque le médiateur occupe une position « proche » du sommet stratégique de l'organisation ; proche aussi du pouvoir et de ce qu'il peut représenter, à tort ou à raison dans cette perspective, au sein de l'organisation. Mais c'est alors le terme « médiateur » qui devient paradoxal.

⁷ Sources : www.lemediateurhospitalier.be

4.1.4. Le principe d'expertise

La capacité du médiateur à traiter avec habileté la plainte repose en partie sur sa capacité à en comprendre et maîtriser les éléments essentiels. Cela ne signifie pas qu'il endosse une responsabilité d'évaluation et encore moins de décision, mais bien qu'il puisse évaluer un minimum la pertinence des informations et la technicité du dossier qu'il reçoit pour conduire correctement le processus engagé. Dans des matières aussi complexes et techniques que celles qui définissent l'univers médical, auxquelles il faut adjoindre d'autres éléments d'expertise liés à une telle fonction, il est pour ainsi dire impossible que le médiateur soit capable, seul, d'évaluer cette pertinence et cette technicité, du moins dans certains cas. Cette difficulté s'accroît lorsque c'est la direction médicale qui, par exemple, endosse la responsabilité de médiateur déguisé, et évalue et rend compte des éléments du dossier. Cela ne signifie pas que la direction médicale soit incompétente en la matière, bien entendu, mais qu'elle devient alors « juge et partie » et déclenche une nouvelle situation paradoxale que le médiateur ne pourra en réalité contredire, ni techniquement, ni sur le plan de l'autorité qui peut les unir.

4.1.5. Le principe de l'équilibre de la relation entre les parties

C'est extrêmement complexe dans le chef du plaignant de prouver correctement faits, causes et conséquences des actes et procédures qu'il souhaite dénoncer. Ce l'est au moins tout autant de comprendre les explications et arguments développés par les professionnels. L'équilibre du pouvoir dans la relation entre plaignant et professionnel est rompu par l'absence de maîtrise de l'information dans le chef du premier. La structure hospitalière dispose d'un pouvoir de compétences dans la relation soignant-soigné qui tend à la déséquilibrer. Or, la gestion des plaintes sur le mode de la médiation aurait tout intérêt à se dérouler en présence de personnes dans un contexte d'équilibre ou d'absence de pouvoir.

4.2. Cadre de proposition générale : un système double

Face à ces différents paradoxes ou difficultés énoncées, deux attitudes existent : soit y répondre les unes après les autres en tentant de conserver le système actuel (ce qui fut au cœur des préoccupations de la section 3), soit de faire évoluer le système dans une configuration qui tendrait à en minimiser les effets pervers tout en s'appuyant sur ses forces. C'est dans cette seconde perspective que nous soumettons ci-dessous une réflexion visant à proposer un nouveau

cadre de gestion des plaintes et de médiation des soins de santé. Il est essentiel ici de comprendre le sens de notre démarche qui est de proposer des pistes de réflexion pour le développement du secteur sanitaire, qui sont autant des suggestions que de « pièces à casser ».

4.2.1. La gestion interne des plaintes comme levier d'amélioration de la qualité de service

Une organisation qui souhaite améliorer ses services tient à intégrer en ses rangs une fonction de gestion des plaintes dont le but est de recevoir l'ensemble des insatisfactions exprimées par ses « clients » dans le but d'y répondre, d'y remédier et d'éviter que cela ne se reproduise à l'avenir. C'est un service dont l'importance n'a fait que grandir dans les organisations, conscientes de l'intérêt stratégique de cette activité.

A ce titre, il est essentiel que l'hôpital se dote d'une structure lui permettant d'enregistrer et de gérer les plaintes et d'en faire un levier d'amélioration de la qualité de service. La proposition que nous formulons ne modifie pas en soi la présence du médiateur actuel au sein de l'organisation mais elle le place en position clairement de dépendance reconnue à l'organisation, en relation directe avec la direction et les acteurs de terrain pour conserver la dimension de proximité essentielle, tout en traitant les plaintes dans un processus d'amélioration et de changement organisationnel, et non dans un contexte au sens strict et restrictif de médiation. A l'heure actuelle, il existe quantité de plaintes exprimées qui ont une portée strictement organisationnelle.

Selon ce schéma, le médiateur devient un gestionnaire des plaintes qui parle au nom de l'organisation qui l'emploie, tout en comprenant l'importance que revêt la relation qu'il entretient avec le plaignant. Il se libère du principe de la médiation relationnelle, du principe d'indépendance et de neutralité, conserve l'avantage de la proximité, n'a pas besoin d'être lui-même « multi-expert » et peut s'aider d'avis compétent interne pour formuler ses réponses.

Il peut concentrer dans son service la diversité des plaintes, sans discrimination selon leur nature ou leur origine, étant donné que son rôle vise à améliorer l'organisation dans son ensemble. Il n'y a plus d'ingérence tacite de parties internes comme, par exemple, la direction médicale. Le dialogue entre les parties peut et devrait bien entendu être la forme privilégiée pour traiter les plaintes et aboutir à des accords à l'amiable.

4.2.2. La « médiation sanitaire » ou gestion externe des plaintes en plate-forme

Dans le secteur de la santé en particulier, il est toutefois impératif de ne se reposer sur un seul niveau de traitement des plaintes et de créer des possibilités de recours vers des instances compétentes et indépendantes. Le seul déséquilibre existant dans la relation soignant-soigné en légitime déjà la pertinence dans une société et un Etat qui se veulent démocratique et responsable.

Dans cet esprit, la médiation doit pouvoir s'appliquer à toutes prestations sanitaires et pas au seul univers hospitalier, fusse-t-il élargi aux institutions psychiatriques. Des plaintes peuvent également concerner d'autres professionnels de la santé comme les dentistes, les kinésithérapeutes, les médecins traitants, les infirmières à domicile,... et il serait dès lors important d'assurer un recours possible contre ces prestataires également. C'est d'ailleurs actuellement une compétence située dans la sphère de la médiation fédérale.

Organisés en plates-formes locales ou provinciales, les services de médiation seraient composés de différentes personnes dont les profils seraient choisis afin d'assurer un vivier de compétences suffisants pour évaluer correctement et précisément les dossiers sous leur responsabilité. Ils pourraient assurer une accessibilité sous forme de permanence plus locale en fonction de la nécessité, de manière à conserver un niveau de proximité suffisant avec leur secteur. Grâce à leur neutralité, ces plates-formes pourraient collaborer pour former un collège d'expertise en profitant des expériences diverses. Elles pourraient en outre offrir des services compétents aux structures de soins elles-mêmes à la recherche d'avis compétents.

Pour autant, se pose le sens de la médiation au sens strict, comme mode de gestion des conflits visant à la résolution des différends. Il s'inscrit essentiellement dans des conflits à dimension personnelle et relationnelle. Or, les plaintes peuvent s'étendre à d'autres dimensions.

Ce mode, si louable soit-il, doit pouvoir être proposé. Cependant, il n'est assurément pas le seul mode de gestion des plaintes applicable dans le secteur et il est important d'évoquer la forme souhaitée en fonction de la situation et des acteurs concernés. Forcer des personnes à restaurer le dialogue dans un contexte transactionnel peut ne pas toujours être la meilleure solution. Il conviendra dès lors de réfléchir aux autres modes alternatifs de la gestion des plaintes et à l'appellation la plus appropriée de ce service.

Dans cette section, nous avons évoqué certains problèmes ou paradoxes sous-jacents au système de médiation hospitalière mis en place dans nos structures et traduit de nos entretiens. Les principes de médiation relationnelle, d'indépendance et de neutralité, de proximité, d'expertise et d'équilibre des parties dans la relation ont été questionnés par rapport aux objectifs du système mis en place.

Face aux difficultés exprimées, nous avons proposé les rudiments d'un nouveau système de gestion des plaintes en matière de soins de santé, reposant sur un double niveau, en essayant de privilégier les intérêts de l'ensemble des acteurs, de conserver les atouts du système actuel et d'en minimiser certains effets contraires. Ce double système s'appuie sur une gestion interne des plaintes comme levier d'amélioration de la qualité de service dans les organisations de soins, ainsi que sur un système de « médiation sanitaire » externe en plate-forme, ouvert à l'ensemble des prestations de soins.

Conclusion générale

Sur base d'observations et d'entretiens auprès de patients, de proches, de médiateurs, de médecins, de membres de directions hospitalières, de représentants d'associations de patients et du partage d'expérience de trois médiateurs partenaires du projet, nous avons tenté de mettre en évidence les forces et faiblesses de la médiation hospitalière dans la perspective du patient, par la compréhension et l'interprétation de ses motivations et freins à recourir à la médiation hospitalière, ainsi que des éléments de satisfaction et d'insatisfaction liés à l'expérience vécue en tant que plaignant.

A cet égard, nous avons émis des suggestions d'amélioration du système actuel en distinguant trois périodes dans l'expérience du plaignant : ce qui précède la médiation, ce qui la constitue et ce qui la suit. Mettant en évidence des difficultés et paradoxes inhérents à certains principes fondamentaux de la médiation, nous avons également envisagé la possibilité d'un autre système de médiation hospitalière à deux niveaux, en l'ouvrant en termes de modalités de gestion des plaintes et de prestations sanitaires, afin de ne pas le réserver aux seuls professionnels du secteur hospitalier.

Toutefois, nous tenons à rappeler le caractère restrictif de notre étude sur le plan méthodologique, ainsi que les diverses difficultés rencontrées pour interroger des patients « plaignants ». Ces limites et difficultés sont à l'origine de l'ouverture de l'objet et du cadre de cette étude, l'amenant vers une réflexion plus générale sur le système de médiation hospitalière.

Le résultat final n'a pour ambition que d'interroger les acteurs concernés sur leurs propres pratiques, de les aider si possible, et de participer très humblement au processus permanent de l'analyse critique des systèmes que nous mettons en place.

BIBLIOGRAPHIE

Bulletin du Conseil National, nr 109

Evrard Y., Pras B. & Roux E. (1993), MARKET, Etudes et recherches en marketing, Fondements Méthodes, Nathan, Paris.

J.L. Giannelloni et E. Vernet (2001), Etudes de marché, 2e édition, Vuibert, Paris.

Pellemans P. (1999), Recherche Qualitative en Marketing – Perspective psychoscopique, De Boeck Université, Bruxelles.

Rapports des médiateurs partenaires

Sites Internet :

- <https://portal.health.fgov.be/>
- www.chc.be
- www.just.fgov.be/bemiddeling_mediation/
- www.pfpl.be/
- www.mediationfamiliale.be
- www.lemediateurhospitalier.be

ANNEXES

ANNEXE 1 : Guide d'entretien des personnes ayant eu recours à la médiation hospitalière

ANNEXE 2 : Guide d'entretien à destination des directeurs hospitaliers

GUIDE D'ENTRETIEN EN FACE A FACE A DESTINATION DES PERSONNES
AYANT EU RECOURS A LA MEDIATION HOSPITALIERE

0. **Présentation de l'étude** et de son contexte - rappel du respect de l'anonymat

1 - Phase d'introduction : évacuer les préoccupations voisines mais pas véritablement rattachées au sujet d'étude et recueillir le discours rationnel, les clichés qui constituent autant de défenses susceptibles de masquer les mécanismes d'une motivation ou d'un frein.

- Qu'est-ce que la santé pour vous?
- Comment considérez-vous la médecine à l'heure actuelle ?
- Pour vous, qu'est-ce qui différencie un bon médecin d'un mauvais médecin ?
- Avez-vous l'habitude de fréquenter un hôpital en particulier ?
- Pour vous, qu'est-ce qui différencie un bon hôpital d'un mauvais hôpital ?
- Connaissiez-vous l'existence de la fonction de médiateur avant d'y recourir ? Le cas échéant, qu'elle en était votre image (qui, à quoi il sert, pourquoi on peut aller le voir, ...) ?
- Quelles sont selon vous les motifs valables d'intervention du médiateur, conduisant à l'ouverture d'un processus de médiation ? Et ceux qui ne le sont pas ?

2 - Phase de centrage du sujet : aborder le véritable sujet, éventuellement en utilisant des situant projectives imaginaires afin d'éviter des situations qui auraient pu être censurées par le répondant

- Dans quelles circonstances avez-vous eu recours à la médiation hospitalière ? Quelles étaient vos principales attentes / motivations / souhaits en y recourant ? Avez-vous hésité avant de recourir à ce service (si oui, pourquoi) ? Avez-vous envisagé d'autres alternatives ou entrepris d'autres actions en amont ou concomitantes à la médiation ?
- Comment avez-vous eu connaissance du service de médiation ? Avez-vous eu des difficultés à rentrer en contact avec le médiateur (et pourquoi - qu'est-ce qui manquait / était utile ?)
- Avez-vous cherché d'autres interlocuteurs que le médiateur par rapport à la situation exposée? (avant d'atteindre le médiateur / pendant la médiation / après la médiation)

3 - Phase d'approfondissement : pénétrer dans le cœur du sujet une fois que les mécanismes d'autocensure sont limités et que le répondant est immergé.

- Comment avez-vous ressenti le rôle du médiateur ?
- Quelles sont les caractéristiques nécessaires d'un bon médiateur ?
- Qu'est-ce qui pourrait mettre votre confiance en péril ?
- Qu'est-ce qui aurait pu vous faire arrêter le processus de médiation ?
- En quoi la médiation a-t-elle répondu à vos attentes ? les a-t-elle éventuellement dépassées ?
- En quoi la médiation n'a-t-elle pas répondu à vos attentes ?
- Quels sont les éléments positifs versus négatifs que vous retenir de votre expérience avec la médiation ?
- Si demain, il fallait inventer un nouveau service de médiation, comment le verriez-vous ? Comment faudrait-il l'organiser ? Le faire connaître ? Qui devrait occuper cette fonction ?

4 - Phase de conclusion : faire le tour du sujet et reconduire l'interviewé dans son schéma de défenses psychologiques

- Vous sentez-vous davantage respecté dans vos droits en tant que patient (ou en son nom si vous êtes un proche), grâce à la médiation ?
- Pensez-vous que la médiation est une avancée en termes de services à la population ? à l'échelle d'un hôpital ?

GUIDE D'ENTRETIEN EN FACE A FACE A DESTINATION DES DIRECTIONS HOSPITALIERES

0. Rappel du contexte de l'étude et de l'anonymat

Répondant :

Fonction exacte :

Ancienneté dans l'institution :

Ancienneté dans la fonction :

Entretien :

1. Introduction

1.1. Comment s'est instaurée la fonction de médiation dans votre institution ? Existe-t-elle avant la loi ?

1.2. Avez-vous sélectionné votre médiateur sur base de critères spécifiques ? Comment intervient-il pratiquement ?

2. Fonctionnement actuel

2.1. A ce jour, comment fonctionne le processus de médiation ? Qu'en attendez-vous précisément ? Doit-on se dire « au moins on l'entend, au mieux cela se passe ? »

2.2. Pensez-vous que le système prévu légalement est le meilleur ? Pourquoi ?

2.3. Le lien d'appartenance entre le médiateur et l'hôpital n'est-il pas contradictoire avec le but de la médiation ? N'est-il pas un gestionnaire des plaintes en réalité ?

3. Perspectives futures

3.1. Idéalement comment devrait fonctionner un système de médiation hospitalière ? Sans contrainte, quel serait le modèle le plus adapté et le plus efficace ? Quelles sont les freins actuels à sa mise en place ?

3.2. Pensez-vous qu'un système de médiation indépendante, tout en restant physiquement attachée à l'hôpital (permanence tournante sur diverses institutions qui se regroupent), couplée à une gestion des plaintes dépendante de l'hôpital, ne serait pas plus adapté et profitable à l'ensemble des parties ?

3.3. Comment pourrions-nous promouvoir la médiation hospitalière dans le sens de ses objectifs ?