

# Enquête sur vos expériences pendant l'hospitalisation

## REMARQUES CONCERNANT LA MANIÈRE DE RÉPONDRE AUX QUESTIONS

La participation à cette enquête est volontaire. Vos réponses nous fournissent toutefois des informations importantes.

- Veuillez ne compléter le questionnaire que si l'enveloppe vous est adressée personnellement. Si nécessaire, une personne de confiance peut vous aider.
- Répondez à toutes les questions. Cochez les réponses qui correspondent le mieux à votre opinion et à votre expérience personnelles.  
Exemple: ☒.
- Il se peut que vous deviez sauter certaines questions. Une flèche vous indique la question à laquelle vous devez répondre ensuite.  
Exemple:  
☐ Oui  
☐ Non → passez à la question 1

Accès au  
questionnaire en ligne  
(accessible)

Veuillez ne prendre en compte dans vos réponses que l'hospitalisation mentionnée dans la lettre d'accompagnement.

### VOS SOINS PAR LES MÉDECINS

Pendant ce séjour à l'hôpital, à quelle fréquence...

- |  |                                 |                                  |  |                                   |
|--|---------------------------------|----------------------------------|--|-----------------------------------|
| 1. ... les médecins vous ont-ils traité-e avec courtoisie et respect ?           | <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> La plupart du temps | <input type="checkbox"/> Toujours |
| 2. ... les médecins vous ont-ils écouté-e attentivement ?                        | <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> La plupart du temps | <input type="checkbox"/> Toujours |
| 3. ... avez-vous reçu des explications compréhensibles de la part des médecins ? | <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> La plupart du temps | <input type="checkbox"/> Toujours |
| 4. ... les médecins étaient disponibles pour répondre à vos questions ?          | <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> La plupart du temps | <input type="checkbox"/> Toujours |

### VOS SOINS PAR LE PERSONNEL SOIGNANT

Pendant ce séjour à l'hôpital, à quelle fréquence...

- |  |   |                                  |  |                                   |
|--|---|----------------------------------|--|-----------------------------------|
| 5. ... le personnel soignant vous a-t-il traité-e avec courtoisie et respect ?   | <input type="checkbox"/> Jamais   | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> La plupart du temps | <input type="checkbox"/> Toujours |
| 6. ... le personnel soignant vous a-t-il écouté-e attentivement ?  | <input type="checkbox"/> Jamais   | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> La plupart du temps | <input type="checkbox"/> Toujours |
| 7. ... avez-vous reçu des explications compréhensibles de la part du personnel soignant ?  | <input type="checkbox"/> Jamais   | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> La plupart du temps | <input type="checkbox"/> Toujours |
| 8. ... avez-vous obtenu de l'aide dans des délais appropriés quand vous l'avez demandé (p. ex. après avoir actionné la sonnette) ? | <input type="checkbox"/> Jamais<br><input type="checkbox"/> Je n'ai jamais eu besoin d'aide | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> La plupart du temps | <input type="checkbox"/> Toujours |

## L'ENVIRONNEMENT HOSPITALIER

### Pendant ce séjour à l'hôpital, à quelle fréquence...

9. ... la propreté de la chambre et de la salle de bain correspondait-elle à vos attentes? ☐ Jamais ☐ Parfois ☐ La plupart du temps ☐ Toujours
10. ... les alentours de votre chambre étaient-ils calmes la nuit? ☐ Jamais ☐ Parfois ☐ La plupart du temps ☐ Toujours

## VOTRE EXPÉRIENCE DANS CET HÔPITAL

11. À quelle fréquence avez-vous reçu de l'aide pour aller aux toilettes ou pour utiliser le bassin de lit dans les délais appropriés? ☐ Jamais ☐ Parfois ☐ La plupart du temps ☐ Toujours  
☐ Je n'ai pas eu besoin d'aide
12. À quelle fréquence le personnel hospitalier a-t-il fait tout ce qu'il pouvait pour vous aider à tenir sous contrôle vos douleurs? ☐ Jamais ☐ Parfois ☐ La plupart du temps ☐ Toujours  
☐ Je n'ai pas eu de douleurs
13. Pendant ce séjour à l'hôpital, vous a-t-on donné des médicaments que vous n'aviez jamais pris auparavant? ☐ Oui  
☐ Non → allez à la question 16  
☐ Je ne sais pas → allez à la question 16

### Avant de vous donner un nouveau médicament, à quelle fréquence...

14. ... le personnel hospitalier vous a-t-il expliqué à quoi servait-il? ☐ Jamais ☐ Parfois ☐ La plupart du temps ☐ Toujours
15. ... avez-vous reçu des explications compréhensibles sur les effets secondaires possibles par le personnel hospitalier? ☐ Jamais ☐ Parfois ☐ La plupart du temps ☐ Toujours

## APRÈS LA SORTIE DE L'HÔPITAL

16. À votre sortie de l'hôpital, êtes-vous rentré-e directement chez vous, chez quelqu'un d'autre ou dans un autre établissement de santé (p. ex. clinique de réadaptation, autre hôpital ou clinique, établissement médico-social, etc.)? ☐ Chez moi  
☐ Chez quelqu'un d'autre  
☐ Dans un autre établissement de santé → allez à la question 19

### Pendant ce séjour à l'hôpital...

17. ... un membre du personnel hospitalier a-t-il discuté avec vous pour savoir si vous aviez besoin d'aide après votre sortie de l'hôpital? ☐ Oui  
☐ Non
18. ... vous a-t-on remis des informations écrites sur les symptômes ou les problèmes de santé à surveiller après votre sortie de l'hôpital? ☐ Oui  
☐ Non

## VOTRE ARRIVÉE À L'HÔPITAL

19. Êtes-vous entré-e par les urgences ?  
☐ Oui  
☐ Non
- 
20. À votre admission, avez-vous reçu des informations compréhensibles sur l'endroit où vous deviez aller ?  
☐ Pas du tout  
☐ En partie  
☐ Suffisamment  
☐ Tout à fait  
☐ Ne s'applique pas
- 
21. Il n'est pas rare d'avoir à attendre lors de l'admission à l'hôpital. Pendant votre attente, avez-vous reçu les informations nécessaires ?  
☐ Pas du tout  
☐ En partie  
☐ Suffisamment  
☐ Tout à fait  
☐ Ne s'applique pas
- 

## PENDANT VOTRE SÉJOUR À L'HÔPITAL

22. Pensez-vous qu'il y avait une bonne communication à propos de vos soins entre les médecins, le personnel soignant et les autres membres du personnel hospitalier ?  
☐ Jamais  
☐ Parfois  
☐ La plupart du temps  
☐ Toujours
- 
23. À quelle fréquence les médecins, le personnel soignant et les autres membres du personnel hospitalier semblaient informés et au fait de vos soins ?  
☐ Jamais  
☐ Parfois  
☐ La plupart du temps  
☐ Toujours
- 
24. À quelle fréquence les examens et les interventions ont-ils été effectués au moment annoncé ?  
☐ Jamais  
☐ Parfois  
☐ La plupart du temps  
☐ Toujours  
☐ Je n'ai pas eu d'examens ni d'interventions
- 
25. Pendant ce séjour à l'hôpital, avez-vous reçu toutes les informations nécessaires sur votre état de santé et vos traitements ?  
☐ Jamais  
☐ Parfois  
☐ La plupart du temps  
☐ Toujours
- 
26. Avez-vous reçu le soutien nécessaire pour affronter les éventuelles anxiétés, peurs ou inquiétudes que vous avez pu ressentir pendant ce séjour à l'hôpital ?  
☐ Jamais  
☐ Parfois  
☐ La plupart du temps  
☐ Toujours  
☐ Je n'ai pas eu d'anxiétés, peurs ou inquiétudes
- 
27. Avez-vous été impliqué-e autant que vous le vouliez dans les décisions concernant vos soins et vos traitements ?  
☐ Jamais  
☐ Ce n'était pas nécessaire  
☐ Parfois  
☐ La plupart du temps  
☐ Toujours
- 
28. Votre famille ou vos personnes de référence ont-elles été impliquées autant que vous le vouliez dans les décisions concernant vos soins et vos traitements ?  
☐ Jamais  
☐ Parfois  
☐ La plupart du temps  
☐ Toujours  
☐ Je ne voulais pas qu'elles soient impliquées / ce n'était pas nécessaire  
☐ Je n'avais aucun membre de la famille ni personne de référence à impliquer
-

## VOTRE SORTIE DE L'HÔPITAL

29. Avant votre sortie de l'hôpital, aviez-vous une compréhension claire de tous les médicaments qui vous ont été prescrits? Ceci comprend ceux que vous preniez avant votre séjour à l'hôpital.
- ☐ Pas du tout    ☐ En partie    ☐ Suffisamment    ☐ Tout à fait
- ☐ Ne s'applique pas
- 
30. Le personnel hospitalier vous a-t-il donné assez d'informations sur ce que vous deviez faire en cas d'inquiétudes quant à votre état de santé ou vos traitements après votre sortie de l'hôpital?
- ☐ Pas du tout    ☐ En partie    ☐ Suffisamment    ☐ Tout à fait
- 
31. Après votre sortie de l'hôpital, aviez-vous une meilleure compréhension de votre état de santé que lorsque vous y êtes entré-e?
- ☐ Pas du tout    ☐ En partie    ☐ Suffisamment    ☐ Tout à fait
- 

## ÉVALUATION GLOBALE DE L'HÔPITAL

32. Votre évaluation globale pour l'hôpital mentionné dans la lettre d'accompagnement. Sur une échelle de 0 à 10, 0 signifie «j'ai eu une très mauvaise expérience», 10 «j'ai eu une très bonne expérience» (veuillez SVP cocher la case qui se trouve en dessous du chiffre correspondant à votre réponse).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai eu une très mauvaise expérience									J'ai eu une très bonne expérience	

33. Recommanderiez-vous cet hôpital à vos amis et à votre famille?
- ☐ Non, en aucun cas    ☐ Probablement pas    ☐ Probablement oui    ☐ Oui, dans tous les cas
- 

## QUESTIONS SUR VOTRE PERSONNE

34. Comment décririez-vous votre état de santé actuel?
- ☐ Mauvais    ☐ Moins bon    ☐ Bon    ☐ Très bon    ☐ Excellent
- 
35. Année de naissance (p.ex. 1980)
- 
- 
36. Genre
- ☐ Masculin    ☐ Féminin    ☐ Autre
- 
37. Type d'assurance pour cette hospitalisation
- ☐ Assurance commune    ☐ Assurance semi-privée / privée
- 



Ce questionnaire est basé sur les questions/questionnaires des institutions suivantes. La répartition des sources exactes des questions est disponible via le code QR indiqué:

Canadian Institute for Health Information. Canadian Patient Experiences Survey for Inpatient Care. January 2019. <https://www.cihi.ca/en/patient-experience/about-the-canadian-patient-experiences-survey-inpatient-care>

Adult Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS) Survey [version 18.0]. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS); Baltimore, Maryland (USA). September 2022. <https://hcahpsonline.org>

HCAHPS Survey Instruments. Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS). Centers for Medicare and Medicaid Services. Baltimore, MD (USA). March 2023. <https://www.hcahpsonline.org/en/survey-instruments>