

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	<input type="checkbox"/> Parfois	<input type="checkbox"/> La plupart du temps	<input type="checkbox"/> Toujours
	<input type="checkbox"/> Je n'ai jamais eu besoin d'aide			

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 impliquée·autant que vous le vouliez dans les décisions concernant vos soins et vos traitements ? Jamais Parfois La plupart du temps Toujours
 Ce n'était pas nécessaire
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

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>