

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

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"/> 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 ? | <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> La plupart du temps | <input type="checkbox"/> Toujours |
| 10. ... les alentours de votre chambre étaient-ils calmes la nuit ? | <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> La plupart du temps | <input type="checkbox"/> 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 ? | <input type="checkbox"/> Jamais
<input type="checkbox"/> Je n'ai pas eu besoin d'aide | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> La plupart du temps | <input type="checkbox"/> Toujours |
| 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 ? | <input type="checkbox"/> Jamais
<input type="checkbox"/> Je n'ai pas eu de douleurs | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> La plupart du temps | <input type="checkbox"/> Toujours |
| 13. Pendant ce séjour à l'hôpital, vous a-t-on donné des médicaments que vous n'aviez jamais pris auparavant ? | <input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Non → allez à la question 16
<input type="checkbox"/> 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 ? | <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> La plupart du temps | <input type="checkbox"/> Toujours |
| 15. ... avez-vous reçu des explications compréhensibles sur les effets secondaires possibles par le personnel hospitalier ? | <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> La plupart du temps | <input type="checkbox"/> 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.) ? | <input type="checkbox"/> Chez moi
<input type="checkbox"/> Chez quelqu'un d'autre
<input type="checkbox"/> 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 ? | <input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> 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 ? | <input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> 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>