

ENQUETE PATIENT

Code Hôpital : _____ **N° Patient** _____

Motif d'admission

Infarctus du myocarde

AVC

Fracture du fémur

Accouchement



Deepening our Understanding of Quality Improvement in Europe



Fiche d'information

Madame, Monsieur,

Un questionnaire permettant d'évaluer votre satisfaction vis-à-vis des soins donnés lors de votre séjour à l'hôpital vous a été remis.

Ce recueil d'avis de patients hospitalisés s'inscrit dans le cadre d'un projet de recherche européen : DUQuE " Deepening our understanding of quality improvement in Europe " («Approfondir notre compréhension de l'amélioration de la qualité des soins en Europe»).

Ce projet, financé par l'Union européenne, implique plus de **200 hôpitaux à travers toute l'Europe.**

Son objectif : mieux comprendre comment améliorer la qualité et la sécurité des soins dans les hôpitaux européens.

La Haute Autorité de Santé (HAS) et la Fédération des Organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques et des organisations en santé (FORAP) coordonnent cette recherche en France avec l'aide des professionnels et des patients des 30 hôpitaux sélectionnés pour y participer.

Les résultats de cette recherche seront communiqués fin 2012.

Vos réponses seront entièrement anonymisées et ne seront pas connues des professionnels qui vous ont pris en charge.

Votre aide nous sera précieuse et nous vous remercions vivement par avance de consacrer un peu de votre temps à ce projet de recherche.



Pour en savoir plus :
En quoi consiste le projet de recherche "DUQuE" ?

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1033781/en-quoi-consiste-le-projet-de-recherche-du-que-et-quel-est-son-interet?xtmc=DUQUE&xtcr=4



Deepening our Understanding of Quality Improvement in Europe



Enquête

sur votre expérience dans cet hôpital

Nous proposons ci-après quelques affirmations d'ordre général sur les soins que vous avez reçus pendant votre séjour à l'hôpital.

Veillez cocher pour chaque affirmation la case **qui décrit le mieux votre expérience.**

Vos réponses doivent refléter seulement ce que VOUS pensez PERSONNELLEMENT

Dans quelle mesure...	Jamais	Très rarement	Parfois	Assez souvent	Très souvent
N1. Les médecins vous-ont ils parlé de façon compréhensible ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N2. Avez-vous eu confiance dans les compétences des médecins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N3. Avez-vous eu confiance dans les compétences des infirmiers et autres membres du personnel soignant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N4. Avez-vous eu l'impression que les médecins et les infirmiers ont bien pris soin de vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N5. Avez-vous eu l'impression que les médecins et les infirmiers ont accordé de l'attention à ce que vous disiez de votre état ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N6. Avez-vous reçu l'information nécessaire sur la façon dont se dérouleraient les tests et les examens ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N7. Avez-vous pris part aux décisions concernant vos soins comme vous le souhaitiez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N8. Les soins et le traitement que vous avez reçus à l'hôpital étaient-ils satisfaisants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N09. Je recommanderais sans hésitation cet hôpital à ma famille ou à un ami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N10. Avez-vous eu besoin que quelqu'un vous aide lors de la lecture des instructions ou des brochures ou autre document donnés lors de votre séjour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Maintenant que vous quittez l'hôpital...

Veillez indiquer dans quelle mesure **VOUS** approuvez ou désapprouvez **PERSONNELLEMENT** chacune des déclarations suivantes :

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
N11. Je comprends clairement dans quel but je prends chacun de mes médicaments.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N12. Le personnel de l'hôpital a pris en compte mes attentes et celles de ma famille ou des personnes qui m'assistent, lors des décisions concernant les soins.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N13. J'ai une bonne compréhension de mes responsabilités dans la prise en charge de ma maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

N14. En général, considérant votre état et votre expérience de l'hôpital, comment **décrieriez-vous votre santé** en ce moment ?

- Très bonne
- Bonne
- Passable
- Mauvaise
- Très mauvaise

N15. En quittant l'hôpital, que ferez-vous ? [cocher une case]

- Je rentrerai chez moi
- Je serai transféré(e) dans un autre hôpital/clinique
- Je serai transféré(e) dans une structure non médicalisée

N16. Combien de temps êtes-vous resté(e) à l'hôpital ? [_____] nombre de jours

N17. Qu'est-ce qui décrit **le mieux** votre situation personnelle ?

- Je vis avec mon compagnon/ma compagne et/ou mes enfants
- Je vis avec d'autres personnes
- Je vis seul(e)
- Je vis dans une maison de retraite
- Je suis dans une autre situation (non décrite ci-dessus)

Comme les soins médicaux sont très complexes, ils peuvent parfois mettre en danger les patients. Nous voudrions savoir ci-dessous si vous avez eu une expérience similaire...

N18. Avez-vous l'impression que vous avez subi un **dommage associé aux soins*** (*incluant par exemple une infection, une erreur de diagnostic, une erreur chirurgicale, une erreur de médicament, ou autre) lors de votre séjour à l'hôpital ?

- NON** [dans ce cas, passez à la question suivante en suivant la flèche : -----]
- OUI** [dans ce cas veuillez répondre aux deux questions ci-dessous]

N19. Comment vous en êtes-vous rendu compte pour la première fois ?

- Je l'ai découvert moi-même
- Le médecin/le personnel l'a découvert
- Ma famille ou mes amis l'ont découvert
- D'autres personnes l'ont découvert

N20. Si vous avez subi un dommage, globalement comment pensez-vous que le personnel a géré cela, après l'avoir reconnu ?

- Vraiment bien
- Bien
- Ni bien ni mal
- Mal
- Vraiment mal

N21. Etes-vous : une femme un homme [cocher une case]

N22. Quelle est votre année de naissance ? 19

N23. Quelle proposition ci-dessous décrit le mieux votre niveau d'étude ?

- Pas de formation
- Ecole primaire (certificat d'étude)
- Enseignement secondaire
- Etudes supérieures (Bac +3) ou équivalent

N24. Quelqu'un vous a-t-il aidé à remplir ce questionnaire ? [cocher une réponse]

- Non, je l'ai rempli moi-même
- Oui, un membre de ma famille/ un ami/ un aidant m'a aidé(e)
- Une infirmière m'a aidé(e)
- Un médecin m'a aidé(e)
- Quelqu'un d'autre m'a aidé(e)

**Merci beaucoup pour vos réponses.
Votre expérience peut nous apprendre beaucoup !**