



Questionnaire d'expérience patient « Episodes de soins » (EDS)

Version 1er juillet 2021

Questionnaire d'expérience patient EDS revu à la suite des réunions du GT HAS du 18 et 23 mars 2021



Madame, Monsieur,

Vous avez été hospitalisé(e) pour **une chirurgie**.

- Ce questionnaire vise à recueillir votre avis sur :
 - Les soins reçus et les contacts que vous avez eus avec les professionnels de santé concernant votre chirurgie avant et pendant votre hospitalisation, donc, lors de votre hospitalisation et de toute autre circonstance (consultations en cabinet, à l'hôpital/ à la clinique, etc.).
 - Les professionnels de santé, qui peuvent être les médecins, infirmier(e)s, aides-soignant(e)s, kinésithérapeutes, psychologues, secrétaires médicales, assistant(e)s sociales, etc.
- Vos réponses :
 - Ne vous prendront que quelques minutes ;
 - Peuvent être interrompues à tout moment et vous pouvez revenir plus tard pour finir de remplir ce questionnaire. Vos réponses resteront enregistrées ;
 - Seront traitées dans le respect de l'anonymat.
- **Votre avis est important :**
 - Il permet d'améliorer la qualité des pratiques et l'organisation des soins.
 - Si vous le souhaitez, un proche, un parent, un aidant ou votre personne de confiance peut vous aider à remplir ce questionnaire.

Cette enquête est menée par le Ministère de la Santé et l'Assurance Maladie, en collaboration avec la Haute Autorité de Santé.

Par avance merci de votre participation.

Si vous ne souhaitez pas répondre au questionnaire, cliquez ici pour vous désinscrire.

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux données personnelles vous concernant : Vous désinscrire

AVANT VOTRE HOSPITALISATION

Avant votre hospitalisation, vous avez été en relation avec des professionnels de santé (médecins, infirmier(e)s, aides-soignant(e)s, kinésithérapeutes, psychologues, secrétaires médicales, assistant(e)s sociales, ...). Selon vous, ces professionnels de santé :

1. Vous ont donné des informations claires et faciles à comprendre sur votre problème de santé (termes techniques expliqués)

1 Oui, tout à fait 2 Oui, en partie 3 Non 4 Sans avis

2. Vous ont encouragé à poser des questions

1 Oui, tout à fait 2 Oui, en partie 3 Non 4 Sans avis

3. Vous ont associé aux décisions concernant vos soins

1 Oui, tout à fait 2 Oui, en partie 3 Non 4 Sans avis

4. Ont pris en compte vos inquiétudes concernant votre problème de santé

1 Oui, tout à fait 2 Oui, en partie 3 Non 4 Sans avis 5 Je n'avais pas d'inquiétudes

5. Ont pris en compte vos douleurs physiques

1 Oui, tout à fait 2 Oui, en partie 3 Non 4 Sans avis 5 Je n'avais pas de douleurs

6. Vous ont aidé(e) à vous orienter vers les spécialistes et/ou autres professionnels de santé à consulter

1 Oui, tout à fait 2 Oui, en partie 3 Non 4 Sans avis 5 Je n'avais pas besoin d'aide

7. Vous ont aidé(e) à préparer votre séjour à l'hôpital/ à la clinique (rappel des consignes, explication du déroulé de l'hospitalisation, etc.)

1 Oui, tout à fait 2 Oui, en partie 3 Non 4 Sans avis 5 Je n'avais pas besoin d'aide

8. Vous ont aidé(e) à vous mettre en confiance

1 Oui, tout à fait 2 Oui, en partie 3 Non 4 Sans avis

9. Globalement, quelle est votre appréciation de la préparation de votre hospitalisation ?

1 Mauvais 2 faible 3 moyen 4 bon 5 excellent 99 Sans avis

PENDANT VOTRE HOSPITALISATION

Lors de votre séjour à l'hôpital / à la clinique, vous avez été en relation avec des professionnels de santé. Selon vous, ces professionnels de santé :

10. Ont indiqué leur nom et fonction en se présentant

1 Oui, toujours 2 Oui, souvent 3 Rarement ou jamais 4 Sans avis 5 Je ne sais plus

11. Vous ont proposé de l'aide pour retrouver une autonomie dans vos activités courantes (se laver, s'habiller, manger, se déplacer)	<input type="checkbox"/> Oui, tout à fait	<input type="checkbox"/> Oui, en partie	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Sans avis	<input type="checkbox"/> Je n'avais pas besoin d'aide
12. Ont pris en compte vos inquiétudes	<input type="checkbox"/> Oui, tout à fait	<input type="checkbox"/> Oui, en partie	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Sans avis	<input type="checkbox"/> Je n'avais pas d'inquiétudes
13. Ont pris en compte vos douleurs physiques	<input type="checkbox"/> Oui, tout à fait	<input type="checkbox"/> Oui, en partie	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Sans avis	<input type="checkbox"/> Je n'avais pas de douleurs
14. Vous ont donné des informations claires et faciles à comprendre	<input type="checkbox"/> Oui, tout à fait	<input type="checkbox"/> Oui, en partie	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Sans avis	
15. Vous ont aidé(e) à préparer votre sortie en coordination avec les professionnels de ville (par ex : médecin traitant, infirmier(e)s, kinésithérapeute, ...):	<input type="checkbox"/> Oui, tout à fait	<input type="checkbox"/> Oui, en partie	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Sans avis /	<input type="checkbox"/> Je ne sais plus
Lors de votre séjour à l'hôpital/ à la clinique, avant de vous donner des médicaments, les professionnels de santé :					
16. Vous ont dit à quoi les médicaments servaient	<input type="checkbox"/> Oui, toujours	<input type="checkbox"/> Oui, parfois	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Sans avis	<input type="checkbox"/> Je n'avais pas de médicaments
Avant votre sortie de l'hôpital/ la clinique, les professionnels de santé ont expliqué :					
17. Les éventuels effets secondaires de vos médicaments que vous deviez surveiller	<input type="checkbox"/> Oui, tout à fait	<input type="checkbox"/> Oui, en partie	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Sans avis	<input type="checkbox"/> Je n'avais pas de médicaments
18. Le traitement à prendre après la sortie (la liste et les doses des médicaments)	<input type="checkbox"/> Oui, tout à fait	<input type="checkbox"/> Oui, en partie	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Sans avis	<input type="checkbox"/> Je n'avais pas de médicaments
19. Les signes ou complications en lien avec votre maladie, votre chirurgie ou votre traitement devant vous amener à les recontacter	<input type="checkbox"/> Oui, tout à fait	<input type="checkbox"/> Oui, en partie	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Sans avis	<input type="checkbox"/> Je ne sais plus
Avant votre sortie de l'hôpital/ la clinique, les professionnels de santé :					
20. Ont discuté avec vous de la reprise de vos activités quotidiennes après la sortie (déplacements, toilette, activité physique, travail, ...) et de vos éventuels besoins d'aide pour ces activités					

Oui, tout à fait

Oui, en partie

Non

Sans avis

Je ne sais plus

21. Globalement, quelle est votre appréciation de votre hospitalisation ?

Mauvaise

faible

moyen

bonne

excellente

Sans avis

22. Quel est votre état de santé en général ?

Très mauvais

Mauvais

Moyen

Bon

Très bon

23. Comment vous sentez-vous aujourd'hui par rapport au jour de votre admission ?

Beaucoup plus mal

Un peu plus mal

Dans le même état

Un peu mieux

Beaucoup mieux

24. Qu'avez-vous retenu de positif avant et pendant votre hospitalisation ?

texte libre

25. Qu'avez-vous retenu de négatif avant et pendant votre hospitalisation ?

texte libre



Le questionnaire est terminé.

Un second questionnaire vous sera adressé pour évaluer vos soins reçus après votre hospitalisation.

Merci de votre participation.



Madame, Monsieur,

Vous avez été hospitalisé(e) pour **une chirurgie**.

- Ce questionnaire vise à recueillir votre avis sur :
 - Les soins reçus et les contacts que vous avez eus avec les professionnels de santé concernant votre chirurgie après votre hospitalisation et globalement, donc lors de votre hospitalisation et de toute autre circonstance (consultations en cabinet, à l'hôpital/ à la clinique, etc.).
 - Les professionnels de santé, qui peuvent être les médecins, infirmier(e)s, infirmier(e)s, aides-soignant(e)s, kinésithérapeutes, psychologues, secrétaires médicales, assistant(e)s sociales, etc.
- Vos réponses :
 - Ne vous prendront que quelques minutes ;
 - Peuvent être interrompues à tout moment et vous pouvez revenir plus tard pour finir de remplir ce questionnaire. Vos réponses resteront enregistrées ;
 - Seront traitées dans le respect de l'anonymat.
- **Votre avis est important :**
 - Il permet d'améliorer la qualité des pratiques et l'organisation des soins.
 - Si vous le souhaitez, un proche, un parent, un aidant ou votre personne de confiance peut vous aider à remplir ce questionnaire.

Cette enquête est menée par le Ministère de la Santé et l'Assurance Maladie, en collaboration avec la Haute Autorité de Santé.

Par avance merci de votre participation.

Si vous ne souhaitez pas répondre au questionnaire, cliquez ici pour vous désinscrire.

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux données personnelles vous concernant : Vous désinscrire

APRES VOTRE HOSPITALISATION

Après votre sortie de l'hôpital/ la clinique, vous avez été en relation avec des professionnels de santé (médecins, infirmier(e)s, aides-soignant(e)s, kinésithérapeutes, psychologues, secrétaires médicales, assistant(e)s sociales, ...). Selon vous, ces professionnels de santé ont :

1. Donné des consignes et des conseils pour votre activité quotidienne (déplacements, toilette, activité physique, travail, ...)

<input type="checkbox"/> Oui, tout à fait	<input type="checkbox"/> Oui, en partie	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Sans avis /	<input type="checkbox"/> Je n'avais pas besoin de conseils
---	---	------------------------------	--------------------------------------	--

2. Pris en compte vos inquiétudes concernant votre problème de santé

<input type="checkbox"/> Oui, tout à fait	<input type="checkbox"/> Oui, en partie	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Sans avis /	<input type="checkbox"/> Je n'avais pas d'inquiétude
---	---	------------------------------	--------------------------------------	--

3. Pris en compte vos douleurs physiques

<input type="checkbox"/> Oui, tout à fait	<input type="checkbox"/> Oui, en partie	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Sans avis /	<input type="checkbox"/> Je n'avais pas de douleur
---	---	------------------------------	--------------------------------------	--

4. Donné des informations qui étaient contradictoires avec celles reçues à l'hôpital/ à la clinique

<input type="checkbox"/> Oui, les informations étaient plutôt contradictoires	<input type="checkbox"/> Oui, les informations étaient un peu contradictoires	<input type="checkbox"/> Non, les informations n'étaient pas contradictoires	<input type="checkbox"/> Sans avis /	<input type="checkbox"/> Je ne sais plus
---	---	--	--------------------------------------	--

5. Globalement, quelle est votre appréciation de vos soins après votre hospitalisation ?

<input type="checkbox"/> Mauvais	<input type="checkbox"/> faible	<input type="checkbox"/> moyen	<input type="checkbox"/> bon	<input type="checkbox"/> excellent	<input type="checkbox"/> Sans avis
----------------------------------	---------------------------------	--------------------------------	------------------------------	------------------------------------	------------------------------------

6. Qu'avez-vous retenu de positif après votre hospitalisation ?

Texte libre

7. Qu'avez-vous retenu de négatif après votre hospitalisation ?

Texte libre

GLOBALEMENT

Concernant l'ensemble de vos soins, selon vous, les professionnels de santé :

8. Vous ont écouté(e) avec attention, en prenant en compte vos préférences, attentes et besoins.1 Oui, tout à fait 2 Oui, en partie 3 Non 4 Sans avis / 5 Je ne sais plus**9.** Ont respecté votre intimité tout au long de votre parcours (en consultation, en service, au bloc, en radiographie) lors de vos soins1 Oui, tout à fait 2 Oui, en partie 3 Non 4 Sans avis / 5 Je ne sais plus**10.** Vous ont donné la possibilité d'exprimer vos remarques, votre satisfaction ou insatisfaction, ou de faire une réclamation1 Oui, tout à fait 2 Oui, en partie 3 Non 4 Sans avis / 5 Je ne sais plus**11.** Globalement, quelle est votre appréciation de l'ensemble des soins reçus avant, pendant et après votre hospitalisation ?1 Mauvais 2 faible 3 moyen 4 bon 5 excellent 99 Sans avis**12.** Quel est votre état de santé en général ?1 Très mauvais 2 Mauvais 3 Moyen 4 Bon 5 Très bon**13.** Comment vous sentez-vous aujourd'hui par rapport au jour de votre admission ?1 Beaucoup plus mal 2 Un peu plus mal 3 Dans le même état 4 Un peu mieux 5 Beaucoup mieux



Le questionnaire est terminé.

Merci de votre participation.