

Questionnaire sur l'expérience de soins et services reçus en unité de naissance

En tant que patient.e ou proche d'une personne ayant accouché dans un centre hospitalier, vous êtes invité.e à répondre à ce questionnaire sur l'expérience de soins et services reçus.

Ce questionnaire, développé par le Ministère de la Santé et des Services sociaux, comprend des questions élaborées dans le cadre d'une recherche portée par le Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS). Cette recherche avait pour but d'identifier les pratiques à adopter afin d'offrir des soins et services périnataux centrés sur l'humain.

Tout ce que vous partagerez dans le cadre de ce questionnaire sera traité de manière confidentielle et aucune information permettant de vous identifier ne sera diffusée.

Sélectionnez l'option qui s'applique le mieux à votre situation

- ☐ J'ai reçu un soin ou utilisé un service et je souhaite me prononcer sur mon expérience
- ☐ Je souhaite partager un avis sur mon expérience de parent ou de proche d'une personne qui a reçu un soin ou utilisé un service
- ☐ Mon proche et moi souhaitons nous exprimer conjointement sur notre expérience
- ☐ Je ne souhaite pas répondre à cette question

La section suivante vise à préciser le contexte de votre expérience de soins et de services

Ces questions sont nécessaires à la compréhension de vos réponses sur votre expérience. Notez que la présentation des résultats ne permettra pas de vous identifier.

Les questions sur l'évaluation de votre expérience suivront.

Veuillez sélectionner l'installation à propos de laquelle vous souhaitez vous exprimer

- ☐ Centre Hospitalier
- ☐ CHSLD
- ☐ CLSC
- ☐ Autre, précisez
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Ne s'applique pas
- ☐ Je ne souhaite pas répondre à cette question

Vous souhaitez vous exprimer sur les soins et services en:

Notez que le sondage est déployé dans certains secteurs de soins et services ciblés.

- ☐ Santé mentale
- ☐ Grossesse, accouchement et postnatal
- ☐ Autre soin ou service, précisez
- ☐ Je ne souhaite pas répondre à cette question

Quand a eu lieu l'expérience de soins et de services au sujet de laquelle vous souhaitez vous exprimer?

- ☐ Cette semaine ou la semaine dernière
- ☐ Il y a deux semaines à un mois
- ☐ Il y a plus d'un mois et moins de deux mois
- ☐ Il y a plus de deux mois
- ☐ Vos soins et services sont reçus de façon continue ou sur une longue période
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Je ne souhaite pas répondre à cette question

Sélectionnez l'option décrivant le mieux votre situation

- ☐ Votre accouchement n'a pas encore eu lieu
- ☐ Votre accouchement a eu lieu à l'hôpital
- ☐ Votre accouchement a eu lieu, mais pas à l'hôpital
- ☐ Autre

La section suivante contient des questions sur l'évaluation de votre expérience de soins et de services.

Veuillez indiquer votre degré d'accord avec les énoncés suivants:

	Absolument pas d'accord	Pas d'accord	D'accord	Totalement d'accord	Je ne sais pas/ ne s'applique pas
Vos souhaits (plan) de naissance ont été pris en considération par le personnel soignant	☐	☐	☐	☐	☐
Lors des suivis de grossesse, vous et votre professionnel.le de la santé avez discuté de ce qu'il pourrait se passer durant votre accouchement, selon votre profil de santé	☐	☐	☐	☐	☐
Le personnel soignant vous a informé des alternatives possibles aux interventions qui vous ont été proposées (dont le droit de refus)	☐	☐	☐	☐	☐
Si vous êtes en situation de handicap, les adaptations nécessaires (environnement, matériel) ont été planifiées et mises en place par le personnel soignant. (Si vous n'êtes pas en situation de handicap, répondez "ne s'applique pas")	☐	☐	☐	☐	☐
En cas de situations cliniques particulières, les aménagements étaient en place pour que votre bébé et vous puissiez demeurer ensemble. (Si vous n'avez pas vécu ce type de situation, répondez "ne s'applique pas")	☐	☐	☐	☐	☐
Vous avez été informé par le personnel soignant du rôle des CLSC pour assurer la continuité de vos soins et services de santé	☐	☐	☐	☐	☐
Le personnel soignant a fait preuve de bienveillance dans son accompagnement à l'alimentation de votre bébé	☐	☐	☐	☐	☐
De manière générale, les soins et services que vous avez reçus à l'hôpital après votre accouchement ont répondu à vos besoins	☐	☐	☐	☐	☐

Dans la prochaine section, répondez aux questions en pensant à tous les aspects de votre expérience. Cela peut inclure, par exemple, les soins et services reçus, les personnes rencontrées, les lieux et le matériel, etc.

Chaque question est suivie d'espaces de commentaires. Vous pourrez, si vous le désirez, décrire des aspects positifs de votre expérience, ainsi que des pistes d'amélioration.

De façon générale, comment évaluez-vous votre expérience?

0 correspond à une mauvaise expérience et 10 à une excellente expérience.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mauvaise expérience

Excellente expérience

- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Je ne souhaite pas répondre à cette question.

Si désiré, décrivez les aspects **positifs** de votre **expérience globale**.

Si désiré, indiquez des **suggestions** ou des **commentaires** pour maintenir et/ou améliorer la qualité de votre **expérience globale** de soins et services.

De façon spécifique, comment évaluez-vous la qualité du soin ou du service reçu?

0 correspond à une mauvaise qualité et 10 à une excellente qualité

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mauvaise expérience

Excellente expérience

- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Ne s'applique pas
- ☐ Je ne souhaite pas répondre à cette question.

Si désiré, décrivez les aspects **positifs** au sujet de la **qualité du soin ou du service reçu**.

Si désiré, indiquez des **suggestions** ou des **commentaires** pour maintenir et/ou améliorer la **qualité des soins et services**.

Veuillez indiquer votre degré d'accord avec les énoncés suivants.

Si vous le désirez, utilisez l'espace de commentaire pour décrire des aspects positifs de votre expérience, ainsi que des pistes d'amélioration.

Les informations reçues étaient faciles à comprendre.

Absolument pas
d'accord

Pas d'accord

D'accord

Totalement d'accord

Je ne sais pas/ ne
s'applique pas

☐☐☐☐☐

- ☐ Je ne sais pas.
- ☐ Ne s'applique pas
- ☐ Je ne souhaite pas répondre à cette question

Commentez, si désiré

Vous avez eu suffisamment de temps pour poser vos questions.

Absolument pas
d'accord

Pas d'accord

D'accord

Totalement d'accord

Je ne sais pas/ ne
s'applique pas

☐☐☐☐☐

- ☐ Je ne sais pas.
- ☐ Ne s'applique pas
- ☐ Je ne souhaite pas répondre à cette question

Commentez, si désiré:

Le personnel soignant a répondu à vos questions de façon bienveillante.

Absolument pas d'accord	Pas d'accord	D'accord	Totalement d'accord	Je ne sais pas/ ne s'applique pas
☐	☐	☐	☐	☐

☐ Je ne sais pas.
☐ Ne s'applique pas
☐ Je ne souhaite pas répondre à cette question

Commentez, si désiré:

Vous avez reçu les informations nécessaires pour guider votre prise de décision.

Absolument pas d'accord	Pas d'accord	D'accord	Totalement d'accord	Je ne sais pas/ ne s'applique pas
☐	☐	☐	☐	☐

☐ Je ne sais pas.
☐ Ne s'applique pas
☐ Je ne souhaite pas répondre à cette question

Commentez, si désiré:

Vous croyez qu'il y avait une bonne communication à propos de vos soins et services entre les différents membres du personnel.

Absolument pas d'accord	Pas d'accord	D'accord	Totalement d'accord	Je ne sais pas/ ne s'applique pas
☐	☐	☐	☐	☐

- ☐ Je ne sais pas.
- ☐ Ne s'applique pas
- ☐ Je ne souhaite pas répondre à cette question

Commentez, si désiré:

Vous avez participé autant que vous l'auriez souhaité dans la prise de décision concernant vos soins et services.

Absolument pas
d'accord

Pas d'accord

D'accord

Totalement d'accord

Je ne sais pas/ ne
s'applique pas

☐☐☐☐☐

- ☐ Je ne sais pas.
- ☐ Ne s'applique pas
- ☐ Je ne souhaite pas répondre à cette question

Commentez, si désiré:

Votre souhait d'inclure ou d'exclure la famille ou les proches dans la discussion et la planification de vos soins et services a été respecté.

Absolument pas
d'accord

Pas d'accord

D'accord

Totalement d'accord

Je ne sais pas/ ne
s'applique pas

☐☐☐☐☐

- ☐ Je ne sais pas.
- ☐ Ne s'applique pas
- ☐ Je ne souhaite pas répondre à cette question

Commentez, si désiré:

Le personnel soignant s'est assuré de votre accord avant chaque examen ou procédure.

Absolument pas
d'accord

Pas d'accord

D'accord

Totalement d'accord

Je ne sais pas/ ne
s'applique pas

☐☐☐☐☐

- ☐ Je ne sais pas.
- ☐ Ne s'applique pas
- ☐ Je ne souhaite pas répondre à cette question

Commentez, si désiré:

Vous vous êtes sentie forcée d'accepter une intervention ou un soin.

Absolument pas
d'accord

Pas d'accord

D'accord

Totalement d'accord

Je ne sais pas/ ne
s'applique pas

☐☐☐☐☐

- ☐ Je ne sais pas.
- ☐ Ne s'applique pas
- ☐ Je ne souhaite pas répondre à cette question

Commentez, si désiré:

Vos valeurs et vos préoccupations ont été considérées.

Absolument pas
d'accord

Pas d'accord

D'accord

Totalement d'accord

Je ne sais pas/ ne
s'applique pas

☐☐☐☐☐

- ☐ Je ne sais pas.
- ☐ Ne s'applique pas
- ☐ Je ne souhaite pas répondre à cette question

Commentez, si désiré:

Vous avez été traité avec respect.

Absolument pas d'accord	Pas d'accord	D'accord	Totalement d'accord	Je ne sais pas/ ne s'applique pas
☐	☐	☐	☐	☐

☐ Je ne sais pas.
☐ Ne s'applique pas
☐ Je ne souhaite pas répondre à cette question

Commentez, si désiré:

De façon générale, les délais d'attente étaient acceptables.

Absolument pas d'accord	Pas d'accord	D'accord	Totalement d'accord	Je ne sais pas/ ne s'applique pas
☐	☐	☐	☐	☐

☐ Je ne sais pas.
☐ Ne s'applique pas
☐ Je ne souhaite pas répondre à cette question

Commentez, si désiré:

Nous vous remercions d'avoir répondu à ce sondage.