

## Annexe 4 – Enquête de satisfaction patient



### **Enquête de satisfaction des patients en Hospitalisation à Domicile**



Madame, Monsieur,

Afin de répondre au mieux à vos attentes et dans le souci de nous améliorer mais également dans le cadre d'une enquête au niveau national, il serait intéressant que vous nous fassiez part de votre appréciation et de vos remarques concernant votre hospitalisation à domicile. En consacrant un court instant à remplir ce questionnaire, vous nous aiderez grandement à améliorer le service de qualité que nous voulons offrir à tous nos patients.

En vous remerciant d'avance pour votre contribution,

Les responsables de l'hospitalisation à domicile du Centre Hospitalier de  
Wallonie picarde

- 
- Quel est votre statut professionnel : .....
  - Quel âge avez-vous ? .....
  - Quel est votre sexe ? U Féminin U Masculin
  - Vivez-vous seul ? U Oui U Non
  - Combien de temps a durée votre Hospitalisations à domicile ? .....
  - Pour quel type de traitement avez-vous été inclus dans le projet
    - Traitement antibiotique ? U Oui U Non
    - Traitement anti-cancéreux ? U Oui U Non
  - Actuellement, depuis combien de temps êtes-vous en traitement au sein du projet pilote « hospitalisation à domicile » ?
    - < 1 mois
    - < 3 mois
    - <6 mois
    - <12 mois
    - >12 mois
  - *Pour quelle(s) raison(s) avez-vous accepté de participer au projet « hospitalisation à domicile » ?*

<b>X Veuillez cocher votre réponse</b>	<b>Non (1)</b>	<b>Plutôt Non (2)</b>	<b>Plutôt Oui (3)</b>	<b>Oui (4)</b>	<b>Non Concerné</b>
Avez-vous eu le libre choix d'adhérer au projet « hospitalisation à domicile » ?					
Avez-vous signé le « consentement éclairé » du patient ? (choix 1 ou 4)					
Vos proches ont-ils été impliqués dans la prise de décision de votre participation au projet pilote ?					
Vos proches ont-ils été impliqués dans votre prise en charge ?					

<b>X Veuillez cocher votre réponse</b>	<b>Non (1)</b>	<b>Plutôt Non (2)</b>	<b>Plutôt Oui (3)</b>	<b>Oui (4)</b>	<b>Non Concerné</b>
Durant votre hospitalisation à domicile, avez-vous eu besoin de plus d'aide que prévu ? <i>Si oui ou plutôt oui ; de la part de qui ?</i>					
De la famille ?					
De l'entourage ?					
De l'infirmière ?					
D'un autre professionnelle ? préciser lequel : .....					
D'un autre professionnelle ? préciser lequel : .....					
D'un autre professionnelle ? préciser lequel : .....					
Une adaptation de votre lieu de résidence a-t-elle été nécessaire pour réaliser l'hospitalisation à domicile ?  <i>Si oui ou plutôt oui, ces adaptations vous ont-elles été satisfaisantes ? OUI / NON</i>					
Avez-vous rencontré des difficultés en raison de l'intervention de différents intervenants à domicile ?					
Des complications se sont-elles présentées lors de votre hospitalisation à domicile ? Si <i>oui</i> ou <i>plutôt oui</i> , étaient-elles liées à :					
La maladie ?					
L'organisation des soins ?					
Le traitement / le médicament ?					
La famille/l'entourage					
Autre (précisez) : .....					

<b>X Veuillez cocher votre réponse</b>	<b>Non (1)</b>	<b>Plutôt Non (2)</b>	<b>Plutôt Oui (3)</b>	<b>Oui (4)</b>	<b>Non Concerné</b>
Avez-vous rencontré des difficultés particulières (autre que des complications à votre domicile) ? <i>Si oui ou plutôt oui, précisez quelles difficultés</i> ..... .....					

Avez-vous pu continuer de réaliser vos activités habituelles durant votre hospitalisation à domicile (courses, rendez-vous, sorties, ...) ?					
Avez-vous pu travailler/ suivre des cours ou une formation lors de votre hospitalisation à domicile ?					
<b>X Veuillez cocher votre réponse</b>	<b>Non (1)</b>	<b>Plutôt Non (2)</b>	<b>Plutôt Oui (3)</b>	<b>Oui (4)</b>	<b>Non Concerné</b>
Avez-vous reçu suffisamment d'informations concernant :					
Le fonctionnement de l'hospitalisation à domicile ?					
L'organisation de votre prise en charge ?					
Les informations médicales ?					
Les soins ?					
La conservation de vos médicaments ?					
Les éventuelles complications ?					
Les personnes à contacter en cas d'urgence / complication ?					
Durant votre hospitalisation à domicile, vous vous êtes senti (e) :					
En sécurité ?					
Bien entouré(e) ?					
Stressé(e) ?					
Perdu(e) ?					
Durant votre hospitalisation à domicile, vos attentes et vos besoins ont-ils été pris en compte ?					
Avez-vous bénéficié de soins de la part de plusieurs intervenants à domicile ? Si oui ou plutôt oui, de la part de qui ?					
Votre infirmier( e) à domicile habituel(le) ?					
L'infirmier(e) pour l'hospitalisation à domicile ?					
Le médecin traitant ?					
Un autre intervenant ? Préciser lequel : .....					
Un autre intervenant ? Préciser lequel : .....					
Un autre intervenant ? Préciser lequel : .....					

Saviez-vous facilement à qui, ou et quand vous adresser en cas de soucis ou de questions ?					
Avez-vous du joindre des personnes de contact par téléphone durant votre hospitalisation à domicile ? <i>Si oui ou plutôt oui, combien de fois avez-vous du les joindre (entourez la mention utile)</i> De 1 à 4 fois ? De 5 à 9 fois ? Plus de 10 fois ?					
Ces personnes de contact étaient-elles facilement joignables et disponibles lorsque vous les avez contactées ? <i>Si non ou plutôt non, veuillez expliquer pourquoi ?</i> ..... .....					
Votre vie privée (intimité, informations personnelles) a-t-elle été respectée durant votre hospitalisation à domicile ?					
Etes-vous satisfait d'avoir participé au projet hospitalisation à domicile ?					
Recommanderiez-vous les service d'hospitalisation à domicile dont vous avez bénéficié ? <i>Si non ou plutôt non, expliquez pourquoi : .....</i> ..... .....					

<b>X Veuillez cocher votre réponse</b>	<b>Non (1)</b>	<b>Plutôt Non (2)</b>	<b>Plutôt Oui (3)</b>	<b>Oui (4)</b>	<b>Non Concerné</b>
A l'avenir, seriez-vous prêt(e) à renouveler l'expérience d'hospitalisation à domicile ? <i>Si non ou plutôt non, expliquez pourquoi : .....</i> .....					

**Voilà c'est fait ! Vous n'avez plus qu'à glisser votre questionnaire dans l'enveloppe pré payé par le destinataire qui vous a été fournie et poster celle-ci sans l'affranchir.**



<b>X Veuillez cocher votre réponse</b>	<b>Non (1)</b>	<b>Plutôt Non (2)</b>	<b>Plutôt Oui (3)</b>	<b>Oui, beaucoup (4)</b>	<b>Non Concerné</b>
La distance pour vous rendre chez les patients dans le cadre de l'HAD a-t-elle représenté un problème ?					
Le matériel mis à disposition pour les soins au patient en HAD était-il :					
	<i>Adéquat ?</i>				
	<i>D'utilisation facile ?</i>				
Les informations relatives aux consignes médicales, à la pathologie, etc pour la prise en charge du patient en HAD étaient-elles :					
	<i>Complètes ?</i>				
	<i>Clares ?</i>				

<b>X Veuillez cocher votre réponse</b>	<b>Non (1)</b>	<b>Plutôt Non (2)</b>	<b>Plutôt Oui (3)</b>	<b>Oui, beaucoup (4)</b>	<b>Non Concerné</b>
Êtes vous satisfait de la manière dont vous avez rempli votre mission dans le cadre du projet Si <i>non</i> ou <i>plutôt non</i> , veuillez expliquer pourquoi ? .....					
Est-ce que le projet HAD engendre un stress supplémentaire pour vous ? Si <i>non</i> ou <i>plutôt non</i> , veuillez expliquer pourquoi ? .....					
Est-ce que le projet HAD engendre un surplus de travail durant la phase hospitalière ? Si <i>oui</i> ou <i>plutôt oui</i> , lequel ? .....					
Est-ce que le projet HAD engendre un surplus de travail durant la phase extrahospitalière ? Si <i>oui</i> ou <i>plutôt oui</i> , lequel ? .....					
La communication entre les partenaires était-elle optimale ? Si <i>non</i> ou <i>plutôt non</i> , veuillez expliquer pourquoi ? .....					
Les résultats de l'HAD répondent-ils à vos attentes ? Veuillez expliquer pourquoi ?					

**Voilà c'est fait ! Vous n'avez plus qu'à glisser votre questionnaire dans l'enveloppe port payé par le destinataire qui vous a été fournie et poster celle-ci sans l'affranchir.**

## Annexe 6 – Résultats enquêtes de satisfaction

### Résultats patients

# Enquête satisfaction patient 01/07/2017 - 31/12/2017

#### Statut professionnel :

	Pensionné	ouvrier	employé	indépendant	Invalide (sur la mutuelle)	étudiant	Total :
Nombre de patient	5	2	2		2		11
Pourcentage	45,45%	18,18%	18,18%	0,00%	18,18%	0,00%	

#### Age :

Tranche d'âge	15-29 ans	30-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	60-69 ans	70-79 ans	80 ans et plus	Total :
Nombre de patient	1	1		2	3	2	1	10
Pourcentage	10,00%	10,00%	0,00%	20,00%	30,00%	20,00%	10,00%	

<u>Sexe :</u>									
	Féminin	Masculin	total :						
Nombre de patient	3	8	11						
Pourcentage	27,27%	72,73%							
<u>Vivez-vous seul :</u>									
	Oui	Non	total :						
Nombre de patient	4	7	11						
Pourcentage	36,36%	63,64%							
<u>Durée de séjour :</u>									
durée	0-4 jours	5-9 jours	10-14 jours	15-20 jours	20-25 jours	25-30 jours	30-35 jours	35 jours et p	Total :
Nombre de patient		1	1	1	1	1	1	5	11
Pourcentage	0,00%	9,09%	9,09%	9,09%	9,09%	9,09%	9,09%	45,45%	

<i>Pour quelle(s) raison(s) avez-vous accepté de participer au projet "hospitalisation à domicile" ?</i>										
	Non (1)	Plutôt non (2)	Plutôt oui (3)	Oui, beaucoup (4)	Non concerné	Total :				
Avez-vous eu le libre choix d'adhérer au projet "hospitalisation à domicile" ?	0	0	3	7		10	Non :	0,00%	Oui :	100,00%
Avez-vous signé le "consentement éclairé" du patient ?	0	0	1	8		9	Non :	0,00%	Oui :	100,00%
Vos proches ont-ils été impliqués dans la prise de décision de votre participation au projet pilote	5	1	1	4		11	Non :	45,45%	Oui :	45,45%
Vos proches ont-ils été impliqués dans votre prise en charge	5	1	0	3	1	10	Non :	50,00%	Oui :	30,00%
	Non (1)	Plutôt non (2)	Plutôt oui (3)	Oui, beaucoup (4)	Non concerné	Total :				
Avez-vous reçu suffisamment d'informations concernant :										
Le fonctionnement de l'hospitalisation à domicile ?			2	9		11	non :	0,00%	oui :	100,00%
L'organisation de votre prise en charge ?			2	9		11	non :	0,00%	oui :	100,00%
Les informations médicales ?			2	9		11	non :	0,00%	oui :	100,00%
Les soins ?			2	9		11	non :	0,00%	oui :	100,00%
La conservation de vos médicaments ?			3	8		11	non :	0,00%	oui :	100,00%
Les éventuelles complications ?	1	1	1	8		11	non :	18,18%	oui :	81,82%
Les personnes à contacter en cas d'urgence /			2	9		11	non :	0,00%	oui :	100,00%





Avez-vous du joindre des personnes de contact par téléphone durant votre hospitalisation à domicile ? Si oui ou plutôt oui, combien de fois avez-vous du les joindre (entourez la mention utile) De 1 à 4 fois ? De 5 à 9 fois ? Plus de 10 fois ?	4	0	1	6		11	Non : 36,36%	Oui : 63,64%
	4					4		
	1					1		
	0					0		
Ces personnes de contact étaient-elles facilement joignables et disponibles lorsque vous les avez contactées ?	1	0	1	7	2	11	Non : 9,09%	Oui : 72,73%
Votre vie privée (intimité, informations personnelles) a-t-elle été respectée durant votre hospitalisation à domicile	0	0	1	10		11	Non : 0,00%	Oui : 100,00%
Etes-vous satisfait d'avoir participé au projet hospitalisation à domicile ?	0	0	1	10		11	Non : 0,00%	Oui : 100,00%
Recommanderiez-vous les service d'hospitalisation à domicile dont vous avez bénéficié ? Si <i>non</i> ou <i>plutôt non</i> , expliquez pourquoi	0	0	1	10		11	Non : 0,00%	Oui : 100,00%
	Non (1)	Plutôt non (2)	Plutôt oui (3)	Oui, beaucoup (4)	Non concerné	<b>Total :</b>		
A l'avenir, seriez-vous prêt(e) à renouveler l'expérience d'hospitalisation à domicile ? Si <i>non</i> ou <i>plutôt non</i> , expliquez pourquoi	0	0	1	9	1	11	Non : 0,00%	Oui : 90,91%

**Pour quelle(s) raison(s) avez-vous accepté de participer au projet "hospitalisation à domicile" ?**

"retour à la maison, une fille infirmière."

"Ne nécessitant que d'une injection d'antibiotique journalière il était inutile de rester en hospitalisation à l'hôpital, mon domicile faisait très bien l'affaire et j'y ai bénéficié de soins attentifs du personnel soignant;3

"Suite à plusieurs traitements sans résultat, j'ai accepté l'hospitalisation à domicile en espérant la destruction du microbe et une guérison."

"autonomie"

"On se sent mieux à domicile. Des infirmiers à domicile peuvent administrer le traitement."

"Plus de facilité pour l'entourage."

"Pour ne pas devoir rester à l'hôpital !! Pour pouvoir m'occuper à la maison."

"Car je ne supporte plus d'être hospitalisé."

"pour la tranquillité, pour la famille"

"facilité, éviter l'hospitalisation"

## Résultats prestataires

# Enquête satisfaction prestataire 01/07/2017 - 31/12/2017

<i>Type de prestataire :</i>					
	médecin traitant	médecin généraliste	infirmier	Pharmacien	Total :
Nombre de patient			22		22
Pourcentage	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	
<i>Sexe:</i>					
	Féminin	Masculin	total :		
Nombre de patient	14	8	22		
Pourcentage	63,64%	36,36%			
<i>Lieu de travail :</i>					
	Intra-hospitalier	Extra-hospitalier	total :		
Nombre de patient	1	21	22		
Pourcentage	4,55%	95,45%			
<i>Statu :</i>					
	Employé	Indépendant	total :		
Nombre de patient	19	3	22		
Pourcentage	86,36%	13,64%			



