**Sondage sur l'expérience des patients en matière de soins primaires**

**SONDAGE SUR L'EXPÉRIENCE DES PATIENTS À [NOM DU CLINIC/CENTRE]**

Nous vous demandons de remplir ce sondage parce que vous avez eu un rendez-vous à [**NOM DU CLINIC/CENTRE**] il n'y a pas longtemps. Vos réponses aux questions du sondage nous aideront à améliorer les soins que nous offrons. Vous aurez besoin d'environ 5 minutes pour répondre aux six sections du sondage.

Vous n'êtes pas obligé de remplir ce sondage et toutes vos réponses resteront confidentielles.

**A. Remplissez-vous ce sondage pour vous-même ou pour une autre personne?**

🌕 Je remplis ce sondage pour moi-même.

🌕 Je remplis ce sondage pour une autre personne.

**B.** Si vous remplissez ce sondage pour une autre personne, pour qui le faites-vous?

🌕 Je remplis ce sondage pour un membre de ma famille ou un ami.

🌕 Je remplis ce sondage pour le patient ou le client.

🌕 Autre personne *(décrivez votre lien avec le patient, n'inscrivez pas votre nom) :* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Section 1 : Nous joindre**

**Q1** Comment avez-vous pris votre plus récent rendez-vous?

🌕 Je n'avais pas de rendez-vous – Je me suis tout simplement rendu(e) sur place **(PASSEZ À LA QUESTION Q2b)**.

🌕 J'ai appelé.

🌕 J'ai envoyé un message électronique.

🌕 J'ai pris mon rendez-vous à ma dernière visite.

🌕 Vous m'avez appelé(e).

🌕 Autre *(veuillez préciser)*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Q2** | **Pensez à votre plus récente visite; quelle note donnez-vous aux éléments suivants (de mauvais à excellent)?** | Mauvais | Acceptable | Bon | Très bon | Excellent |
| a. | Le temps entre le moment où vous avez pris votre rendez-vous et votre visite d'aujourd'hui. | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| b. | L'accès général au bureau ou au centre | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |

**Section 2 : Arrivée et attente au bureau ou au centre**

**Pensez encore à votre plus récente visite…**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Q3** | **Quelle note donnez-vous aux éléments suivants (de mauvais à excellent)?** | Mauvais | Acceptable | Bon | Très bon | Excellent |
| a. | Le temps d'attente à la réception / dans la salle d'attente | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| b. | Votre expérience générale avec les employés à la réception | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| c. | Le temps d'attente dans la salle d'examen avant de parler de la raison de votre visite au fournisseur de soins de santé. | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |

**Section 3 : Votre rendez-vous**

**Pensez encore à votre plus récente visite…**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Q4** | **Pensez au PRINCIPAL fournisseur de soins de santé à qui vous avez parlé durant votre visite. Quelle note lui donnez-vous par rapport aux aspects suivants (de mauvais à excellent)?** | Mauvais | Acceptable | Bon | Très bon | Excellent |
| a. | Il connaissait votre histoire médicale | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| b. | Il était à l'écoute de vos préoccupations. | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| c. | Il utilisait des mots que vous pouviez comprendre. | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| d. | Il a expliqué les choses d'une manière facile à comprendre. | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| e. | Il a écouté vos besoins et vos préférences. | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| f. | Il vous a traité avec dignité et respect. | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| g. | Il vous a donné des directives claires sur ce que vous deviez faire après votre visite. | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| h. | Votre expérience globale lorsque vous avez expliqué la raison de votre visite au fournisseur de soins de santé. | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |

**Section 4 : Expérience globale lors de votre plus récente visite**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Q5** | **Pensez à votre plus récente visite; quelle note donnez-vous aux éléments suivants (de mauvais à excellent)?** | Mauvais | Acceptable | Bon | Très bon | Excellent |
| a. | La propreté générale du bureau / du centre | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| b. | Votre confort général dans le bureau / le centre | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| c. | Votre confiance envers le médecin / le ou les fournisseurs de soins de santé que vous avez vu(s) durant votre visite. | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| d. | Votre confiance envers les renseignements sur votre santé étaient protégés comme vous vous y attendez. | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| e. | Votre expérience suite à votre visite chez nous. | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |

**Section 5 : Vos autres visites chez nous au cours de la dernière année**

Les premières questions ressemblent à celles qu'on vous a déjà posées, mais au lieu de réfléchir à votre plus récente visite, pensez de façon plus globale à vos visites chez nous **AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE**.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Q6** | **La dernière fois que vous avez été malade ou qu'un problème de santé vous inquiétait…** | | |
| a. | Avez-vous eu un rendez-vous à la date voulue? | 🌕 Oui | 🌕 Non |
| b. | Combien de jours se sont passés entre le moment où vous avez essayé de prendre rendez-vous avec votre médecin ou votre infirmier praticien et le moment où vous L'AVEZ VU ou avez vu une autre personne de son bureau? | 🌕 Vous avez eu un rendez-vous la même journée.  🌕 Vous avez eu un rendez-vous le lendemain.  🌕 2 à 19 jours  (écrivez le nombre de jours : \_\_\_\_\_)  🌕 20 jours ou plus  🌕 Sans objet (je ne sais pas / je refuse de le dire) | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Q7** | **Lorsque vous rendez visite à votre médecin ou votre infirmier praticien, est-ce que cette personne ou une autre personne du bureau...** | Jamais | Rarement | Parfois | Souvent | Toujours |
| a. | vous laisse poser des questions sur le traitement recommandé? | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| b. | vous inclus autant que vous le souhaitez dans les décisions touchant vos soins et votre traitement? | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| c. | passe assez de temps avec vous? | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Q8** | **Au cours de la dernière année…** | | |
| a. | Avez-vous reçu des soins d'un fournisseur de soins de santé **à un autre endroit que ce bureau?** | 🌕 Oui  **(Passez à la question Q9)** | 🌕 Non  **(PASSEZ à la question Q10)** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Q9** | **Pensez aux fournisseurs de soins de santé que vous avez vus dans les différents endroits où vous avez reçu des soins au cours de la dernière année. À quelle fréquence...** | Jamais | Rarement | Parfois | Souvent | Toujours |
| a. | chacun semblait-il connaître votre histoire médicale? | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| b. | chacun semblait-il avoir reçu les résultats de vos tests ou examens récents? | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| c. | semblaient-ils vous donner des renseignements justes sur vos soins et votre traitement? | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| d. | semblaient-ils bien travailler ensemble pour vous offrir des soins? | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Q10** | **Sur un autre sujet, la dernière fois que vous avez eu besoin de soins médicaux en soirée, la fin de semaine ou un jour férié, avez-vous trouvé facile d'obtenir des soins sans aller au service des urgences?** | Très difficile 🌕 | Un peu difficile 🌕 | Un peu facile 🌕 | Très facile 🌕 | Sans objet 🌕 |

**Section 6 : Contexte / Renseignements démographiques**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Q11** | Généralement, comment évaluez-vous votre santé? | Mauvaise 🌕 | Acceptable 🌕 | Bonne 🌕 | Très bonne 🌕 | Excellente 🌕 |

**Q12.** Depuis combien de temps venez-vous nous voir pour obtenir des soins de santé?

🌕 Moins de six mois

🌕 Six mois à un an

🌕 Un an à trois ans

🌕 Trois ans à cinq ans

🌕 Plus de cinq ans

**Q13.** Combien de fois êtes-vous venu nous voir au cours de la dernière année pour vos soins médicaux? (Répondez du mieux que vous pouvez.)

🌕 Une fois

🌕 Deux fois

🌕 Trois fois

🌕 Quatre fois

🌕 Cinq fois ou plus

**Q14.** Est-ce que vous recommanderiez nos services à votre famille ou à vos amis? Cochez **UNE** seule réponse.

🌕 Pas du tout

🌕 Probablement pas

🌕 Probablement

🌕 Tout à fait

**Répondez aux questions suivantes si vous voulez donner d'autres commentaires.**

**COMMENTAIRES (SECTION OPTIONNELLE)**

Pensez à votre expérience générale lorsque vous prenez rendez-vous au bureau / au centre.

a. Écrivez deux choses qui ont été bien faites.

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

b. Écrivez deux choses qui pourraient être améliorées.

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Avez-vous d'autres commentaires ou renseignements qui pourraient nous aider à améliorer la façon dont nous offrons les soins?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Merci d'avoir rempli notre sondage.**