

## Centre d'Oxygénothérapie Hyperbare

### Enquête de satisfaction

**Votre avis nous intéresse**

#### Questionnaire de sortie

Votre traitement au centre hyperbare se termine....Mais voulez vous continuer à nous faire part de votre expérience en complétant ce questionnaire.

En effet, nous avons le souci de mieux faire et pour y arriver votre avis est important !

La liste des questions est sans doute un peu longue mais nous souhaitons aborder tous les aspects de votre séjour et également vous permettre de faire des suggestions, des réflexions.

Si vous rencontrez des questions qui ne vous concernent pas, laissez les de côté !  
Si vous ne pouvez ou ne voulez pas répondre à certaines questions, laissez les de côté !

Pour les autres questions, cochez la case qui correspond le mieux à votre opinion.

Dès le questionnaire complété, vous pouvez soit le remettre à l'accueil, soit encore le glisser dans la boîte réservée aux questionnaires.

Il va sans dire que le contenu est et restera strictement confidentiel !

Pour toute information complémentaire, Mr ..... est à votre disposition.

Merci de votre aide,

Localisation du centre :

### **Les accès au centre et à la chambre hyperbare**

Quel est votre degré de satisfaction suivant votre expérience à l'égard de ces aspects ?

|   | Excellent | Très bon | Bon | Mauvais | Très mauvais |
|---|-----------|----------|-----|---------|--------------|
| 1. Le temps nécessaire pour obtenir un rendez vous                  |           |          |     |         |              |
| 2. Le temps d'attente sur place avant de voir un médecin            |           |          |     |         |              |
| 3. La facilité d'accès par téléphone                                |           |          |     |         |              |
| 4. La facilité à trouver le chemin vers le service (dans l'hôpital) |           |          |     |         |              |
| 5. L'offre d'heures de séances                                      |           |          |     |         |              |
| 6. Le confort des salles d'attente                                  |           |          |     |         |              |
| 7. Le confort dans la chambre hyperbare                             |           |          |     |         |              |
| 8. Le niveau de propreté dans le service                            |           |          |     |         |              |
| 9. Le niveau de propreté dans la chambre hyperbare                  |           |          |     |         |              |

10. Si nous devons améliorer des aspects parmi ceux mentionnés ci-haut, lesquels devrions-nous choisir? (indiquez les numéros)
- .....
- .....
- .....

11. Si vous le souhaitez, vous pouvez indiquer ci-dessous tout autre commentaire que vous aimeriez faire à propos de l'accès et des installations. (Par exemple, avez-vous des besoins spéciaux auxquels nous n'avons pas été en mesure de répondre?)
- .....
- .....
- .....

**Le Personnel**

Quel est votre degré de satisfaction par rapport à ces aspects dans notre service ?

|  | Excellent | Très bon | Bon | Mauvais | Très mauvais |
|--|-----------|----------|-----|---------|--------------|
| 12. La politesse du personnel  |           |          |     |         |              |
| 13. La disponibilité du personnel  |           |          |     |         |              |
| 14. L'écoute du personnel  |           |          |     |         |              |
| 15. Le personnel donne des renseignements corrects                       |           |          |     |         |              |
| 16. Le respect démontré par le personnel de service                      |           |          |     |         |              |
| 17. La souplesse démontrée par le personnel (s'est adapté à vos besoins) |           |          |     |         |              |
| 18. Le souci du personnel en matière de sécurité                         |           |          |     |         |              |
| 19. La discréetion du personnel  |           |          |     |         |              |

20. Si nous devons améliorer des aspects parmi ceux mentionnés ci-haut, lesquels devrions-nous choisir? (indiquez les numéros)

.....

21. Si vous le souhaitez, vous pouvez indiquer ci-dessous tout autre commentaire que vous aimeriez faire à propos des personnes qui vous ont servi.

.....

.....

.....

### Communications

Durant ce traitement, vous avez été exposé à plusieurs aspects de notre travail de communication avec vous.

Quel est votre degré de satisfaction qui décrit le mieux votre expérience à cet égard ?

|   | Excellent | Très bon | Bon   | Mauvais | Très mauvais |
|---|-----------|----------|-------|---------|--------------|
| 22. La facilité à savoir comment se passe le séjour en pression   |           |          |       |         |              |
| 23. Les explications sur ce qu'il fallait faire en cas de problème  |           |          |       |         |              |
| 24. L'obtention de renseignements et de conseils logiques et cohérents  |           |          |       |         |              |
| 25. Le niveau de vocabulaire utilisé  |           |          |       |         |              |
| 26. La facilité à comprendre les documents reçus  |           |          |       |         |              |
| 27. Le temps d'attente avant de recevoir un document médical (certificat, rapport,...)  |           |          |       |         |              |
| 28. La facilité à comprendre les informations sur les effets attendus du traitement par oxygène hyperbare                             |           |          |       |         |              |
| 29. La facilité à comprendre les informations sur les possibles inconforts ou complications du traitement par oxygène hyperbare       |           |          |       |         |              |
| 30. Si nous devons <u>améliorer</u> des aspects parmi ceux mentionnés ci-haut, lesquels devrions-nous choisir? (indiquez les numéros) | .....     | .....    | ..... | .....   | .....        |

31. Si vous le souhaitez, vous pouvez indiquer ci-dessous tout autre commentaire que vous aimeriez faire à propos de la communication

.....

.....

### Les soins et traitements

Quel est votre degré de satisfaction par rapport à ces aspects dans notre service

|  | Excellent   | Très bon | Bon | Mauvais | Très mauvais |
|--|---|----------|-----|---------|--------------|
| 32. D'après vous, l'organisation des soins/ séances reçus étaient... ?   |   |          |     |         |              |
| 33. D'après vous, la manière de vous faire prendre conscience de l'importance de ce traitement a été... ?  |   |          |     |         |              |
|  | <input type="checkbox"/> Personne ne m'a parlé de l'importance de ce traitement |          |     |         |              |
| 34. Si vous avez souffert de douleurs, d'après vous celles-ci ont été prise en charge de manière... ?  |   |          |     |         |              |
|  | <input type="checkbox"/> Je n'ai jamais souffert de douleurs                    |          |     |         |              |
| 35. Si vous avez souffert d'autres inconforts (nausées, mauvaise position, fatigue,...) d'après vous, ont ils été pris en charge de manière... ? |   |          |     |         |              |
|  | <input type="checkbox"/> Je n'ai eu aucun inconfort de ce type                  |          |     |         |              |
| 36. Si des soins locaux étaient organisés (pansements,...), d'après vous, l'organisation de ces soins était ...?                                 |   |          |     |         |              |
|  | <input type="checkbox"/> Aucun soin local n'a été réalisé                       |          |     |         |              |
| 37. Si vous avez rencontré des problèmes avec le matériel utilisé (masque, tente,...), d'après vous, ont ils été pris en compte de manière... ?  |   |          |     |         |              |
|  | <input type="checkbox"/> Je n'ai eu aucun problème de ce type                   |          |     |         |              |
| 38. Si vous avez rencontré du stress durant les traitements, d'après vous, a t'il été pris en charge de manière... ?                             |   |          |     |         |              |
|  | <input type="checkbox"/> Je n'ai eu aucun problème de ce type                   |          |     |         |              |

39. Si nous devons améliorer des aspects parmi ceux mentionnés ci-haut, lesquels devrions-nous choisir? (indiquez les numéros)

.....

40. Si vous le souhaitez, vous pouvez indiquer ci-dessous tout autre commentaire que vous aimeriez faire à propos des soins .

### Questions générales

Avec quelle(s) phrase(s) êtes vous d'accord ?

Entourez le numéro des phrases avec lesquelles vous êtes d'accord

41. J'ai du attendre plus de cinq jours avant d'obtenir un rendez vous.
42. Les lignes téléphoniques étaient souvent occupées.
43. Parfois, je recevais des renseignements contradictoires de différentes personnes.
44. Personne ne m'a expliqué ce qu'il fallait faire en cas de problème (douleur, gêne,...).
45. Ce n'était pas toujours propre dans le service ou dans la chambre hyperbare.
46. Parfois, le délai d'attente pour voir le médecin est trop long.
47. Les traitements ont souvent débuté avec plus de 15 minutes de retard.
48. Parfois le personnel ne semblait pas savoir comment fonctionnait un appareil médical.
49. Le temps d'attente avant de recevoir un document médical est trop long.
50. Je n'avais rien compris aux explications reçues avant ma première séance.
51. Les heures de traitements ne me convenaient pas.
52. Je n'ai pas bien compris pourquoi je devais suivre ce traitement.
53. L'emplacement du centre, dans l'hôpital, est difficile à trouver.
54. Parfois, l'attitude du personnel de service n'est pas correcte (politesse, respect,...).
55. Parfois, lorsque j'avais un problème, le personnel ne savait pas comment le résoudre.
56. Les sièges de la salle d'attente et/ ou dans la chambre hyperbare ne sont pas adaptés.
57. Les formulaires ou documents reçus ne sont pas simples à comprendre.
58. Lorsque je posais une question, parfois, je ne comprenais pas la réponse.
59. Parfois, certains membres du personnel, ne semblaient pas être conscient de la gravité de mon cas.
60. Dans la chambre hyperbare, parfois j'étais stressé(e) et personne ne semblait s'en préoccuper.
61. Je n'ai pas aimé voir mon cas discuté en public.
62. Autre(s) (précisez) : .....

### Renseignements sur vous-même

Nous aimerais mieux connaître nos patients pour être en mesure de mieux comprendre vos besoins à notre égard. L'objet de ces renseignements est d'aider notre organisation à planifier les améliorations à apporter à notre façon de mettre le centre hyperbare à votre disposition. Nous vous serions reconnaissants de répondre aux questions suivantes.

La confidentialité de ces renseignements est assurée car nous n'avons aucun moyen d'établir une corrélation entre ces questions et les personnes qui y répondent.

Veuillez cocher la réponse qui décrit le mieux votre situation.

A combien de séances êtes vous venu ?

- Moins de 10 séances
- Entre 10 et 20 séances
- Entre 20 et 40 séances
- Plus de 40 séances

Quelle est votre principale occupation?

- Personne au foyer
- Gestionnaire, cadre
- Employé(e)
- Indépendant(e)
- Ouvrier(e)
- Étudiant(e)
- Pensionné(e)
- Militaire
- Autre : .....

Sexe

- Féminin
- Masculin

Quelles études avez-vous suivi ?

- Niveau primaire ou secondaire
- Études secondaires complètes
- Études en hautes écoles
- Études universitaires

Âge

- 18-24 ans
- 25-34 ans
- 35-49 ans
- 50-64 ans
- 65 ans ou plus

**Vous souhaitez répondre plus tard ?**

**Renvoyez nous ce document par voie postale à:**

Centre Hyperbare

**Vos commentaires nous sont très précieux**

Veuillez indiquer ici tout autre commentaire que vous aimerez faire à propos de notre service.

N'hésitez pas à étoffer des réponses du questionnaire ou à nous faire part d'autres observations ou réflexions relativement à nos prestations.

**Nous vous remercions infiniment de ces renseignements!**

**A ne compléter que si vous le souhaitez !**

Votre nom et prénom: .....

*Ce questionnaire est terminé. Merci de votre collaboration.*