

Hôpital du Valais – Direction générale
Avenue du Grand-Champsec 86, CH-1951 Sion

Direction générale, Case postale 696, CH-1951 Sion



Sion, le 2 septembre 2020

Vos contacts : Sévrine Monnay / 027 60 36766 / sevrine.monnay@hopitalvs.ch
Nadine Tacchini-Jacquier / 027 60 36752 / nadine.tacchini-jacquier@hopitalvs.ch

Enquête sur le vécu de votre hospitalisation lors de la pandémie Covid-19

Madame, Monsieur,

L'arrivée de la pandémie Covid-19 a demandé de nombreuses adaptations, tant de la part du personnel médico-soignant que de la part des patient(e)s et de leurs proches. Vous avez été hospitalisé(e) à l'Hôpital du Valais durant cette période particulière entre le 18 février et le 11 mai 2020. Dans le souci d'apporter des améliorations, nous souhaiterions connaître votre vécu, tant émotionnel que médical ou organisationnel, lors de votre séjour dans notre institution.

Pour ce faire, nous vous serions extrêmement reconnaissants de prendre le temps de remplir le questionnaire ci-joint et de nous le renvoyer au moyen de l'enveloppe préaffranchie, jusqu'au **15 octobre 2020** ou en ligne à l'adresse www.hopitalvs.ch/enquete-AC18. Le questionnaire se compose de deux parties, la première vous concerne directement, la deuxième partie s'adresse à votre proche (et/ou proche-aidant) impliqué lors de votre hospitalisation (si cette personne existe), afin qu'elle puisse également s'exprimer.

Vous êtes libre de participer ou non. Si vous nous renvoyez le questionnaire, nous considérons que vous êtes consentant(e) à l'enquête. Nous respectons toutes les dispositions légales relatives à la protection des données. Toutes les personnes impliquées sont soumises au secret professionnel. Vos données personnelles et médicales vous concernant sont protégées et utilisées sous une forme codée. Ces dernières pourront être utilisées pour un rapport ou une publication ultérieure.

En vous remerciant pour votre précieuse collaboration et en vous souhaitant un prompt rétablissement, nous vous adressons nos plus cordiales salutations.

Nadine Tacchini-Jacquier MScl
Cheffe de projet
développement des pratiques
Hôpital du Valais



Sévrine Monnay
Collaboratrice
spécialisée
Affaires sociales et RH
Hôpital du Valais



Henk Verloo, PhD
Professeur ordinaire
HES-SO Valais/Wallis
Consultant scientifique
Hôpital du Valais



Annexes : - questionnaire
- enveloppe réponse

Enquête sur votre vécu de patient et le vécu de vos proches lors de votre hospitalisation en situation de pandémie. (Du 27 février au 11 mai)

1. Renseignements sur votre situation personnelle (complétez et cochez)

- Votre année de naissance :
- Genre : Femme Homme Autres
- Etat civil : Marié(e) Célibataire Divorcé(e)/Séparé(e)
- Vit seul(e) : Oui Non
- Quelle est votre formation :
 - Ecole obligatoire Ecole secondaire (et/ou CFC) Hautes études
- Présence de proche (et/ou proche-aidant) impliqué durant votre hospitalisation:
 - Oui Non

Si oui, avec votre accord, les questions des pages 7 et 8 sont à remplir par votre proche lui-même et le retour se fait dans la même enveloppe que la vôtre.

2. Date d'entrée à l'hôpital (jour/mois):

3. Date de sortie de l'hôpital (jour/mois):

4. Cochez les différents lieux de l'hôpital fréquentés lors de votre hospitalisation :

- Poste médical avancé (tente extérieure de l'hôpital)
- Centre des urgences
- Unité de soins médecine
- Unité de soins chirurgie
- Unité de psychiatrie
- Unité de gynécologie / maternité
- Unité de soins continus
- Unité de soins intensifs
- Unité de réadaptation
- Je ne sais pas

5. Avez-vous été hospitalisé(e) pour une infection avec le COVID-19 ?

- Oui Non Je ne sais pas

6. Comment avez-vous perçu les informations en lien avec la pandémie COVID-19 reçues à l'hôpital durant votre séjour ? (Cochez 1 seule case)

- Totalement inappropriées
- Inappropriées
- Légèrement inappropriées
- Sans avis (neutre)
- Peu appropriées
- Appropriées
- Totalement appropriées

7. **Comment qualifierez-vous la communication ?** (Cochez 1 seule case)

Faible	Passable	Bonne	Très bonne	Excellente
<input type="checkbox"/>				

8. **Concernant vos besoins d'informations durant votre hospitalisation, quelles sont les plus importants pour vous parmi les sujets ci-dessous** (3 coches possibles)

- Le mode de transmission du COVID-19
- Le temps d'incubation du COVID-19 (le temps entre l'infection et l'apparition des 1^{er} symptômes)
- Les symptômes du COVID-19
- Les moyens de prévention pour éviter de contracter le COVID-19
- Le risque que vous contractiez le COVID-19
- Le risque que la maladie soit grave
- Le traitement du COVID-19
- Je n'ai pas besoin d'autre information
- Autre :

9. **Lors de votre séjour à l'hôpital vous êtes-vous senti(e) en sécurité ?** (Cochez un chiffre entre 1 à 10 pour donner votre appréciation sur votre sentiment de sécurité, 10 étant en totale sécurité et 1 pas du tout en sécurité)

Pas du tout en sécurité

Totale sécurité

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

10. **A quel point pensez-vous que le COVID-19 soit grave ?**

Pas grave du tout	Pas grave	Plus ou moins grave	Grave	Très grave
<input type="checkbox"/>				

11. **Les questions suivantes portent sur la confiance que vous avez ressentie envers les médecins et les infirmières durant votre séjour à l'hôpital en situation de pandémie.** Chaque phrase est une affirmation, dites à quel point vous êtes en accord avec ces phrases et cochez la case qui correspond à votre avis.

- a) Je doute que le personnel médico-soignant se soucie réellement de moi en tant que personne.

En total désaccord	En désaccord	Pas d'avis	D'accord	Absolument d'accord
<input type="checkbox"/>				

- b) Le personnel médico-soignant prend généralement en considération mes besoins et les met en priorité.

En total désaccord	En désaccord	Pas d'avis	D'accord	Absolument d'accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- c) J'ai une grande confiance au personnel médico-soignant et j'essaie toujours de suivre leurs conseils.

En total désaccord	En désaccord	Pas d'avis	D'accord	Absolument d'accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- d) Si le personnel médico-soignant me dit qu'il en est ainsi, alors cela doit être vrai.

En total désaccord	En désaccord	Pas d'avis	D'accord	Absolument d'accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- e) Parfois je me méfie de l'opinion du personnel médico-soignant et désirerais avoir un second avis.

En total désaccord	En désaccord	Pas d'avis	D'accord	Absolument d'accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- f) J'ai confiance dans le jugement du personnel médico-soignant sur mes soins médicaux.

En total désaccord	En désaccord	Pas d'avis	D'accord	Absolument d'accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- g) J'ai le sentiment que le personnel médico-soignant ne fait pas tout ce qu'il devrait pour mes traitements médicaux.

En total désaccord	En désaccord	Pas d'avis	D'accord	Absolument d'accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- h) Le personnel médico-soignant sont de réels experts dans la prise en charge des problèmes médicaux tels que les miens.

En total désaccord	En désaccord	Pas d'avis	D'accord	Absolument d'accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- i) Si une erreur a été commise dans mon traitement, je fais confiance au personnel médico-soignant pour me le dire.

En total désaccord	En désaccord	Pas d'avis	D'accord	Absolument d'accord
<input type="checkbox"/>				

- j) Je crains parfois que le personnel médico-soignant ne garde pas la confidentialité des informations dont nous discutons.

En total désaccord	En désaccord	Pas d'avis	D'accord	Absolument d'accord
<input type="checkbox"/>				

12. **Durant votre séjour étiez-vous au courant qu'un soutien psychologique pouvait vous être proposé ?**

Oui Non

13. **Avez-vous bénéficié du soutien psychologique lors de votre hospitalisation ?**

Oui Non Je ne sais pas

- Si vous avez bénéficié d'un soutien psychologique, avez-vous été satisfait(e) des prestations ?**

Pas du tout satisfait	Pas très satisfait	Satisfait	Très satisfait	Extrêmement satisfait
<input type="checkbox"/>				

- Pensez-vous en avoir besoin encore aujourd'hui ?**

Oui Non Je ne sais pas

14. **Un problème de santé et une hospitalisation dans une situation où le canton du Valais a fait face à une pandémie a-t-il entraîné chez vous un état de stress ?**

Répondez aux 10 questions suivantes de manière spontanée.

Au cours du dernier mois à quelle fréquence :	Jamais	Presque jamais	Parfois	Assez souvent	Très souvent
1. Avez-vous été perturbé(e) par des événements inattendus ?	<input type="checkbox"/>				
2. Avez-vous eu l'impression de ne pas pouvoir contrôler ce qui est important dans votre vie ?	<input type="checkbox"/>				
3. Vous êtes-vous senti(e) nerveux(se) ou stressé(e) ?	<input type="checkbox"/>				

4. Vous êtes-vous senti(e) en mesure d'aborder vos problèmes avec sérénité ?	<input type="checkbox"/>				
5. Avez-vous senti que les événements se déroulaient comme vous le souhaitiez ?	<input type="checkbox"/>				
6. Vous êtes-vous senti(e) dépassé(e) par tout ce que vous deviez faire ?	<input type="checkbox"/>				
7. Vous êtes-vous senti(e) capable de maîtriser les désagréments que vous rencontriez ?	<input type="checkbox"/>				
8. Vous êtes-vous senti(e) au mieux de vos capacités ?	<input type="checkbox"/>				
9. Vous êtes-vous senti(e) énervé(e) parce que les événements échappaient à votre contrôle ?	<input type="checkbox"/>				
10. Avez-vous senti que les difficultés étaient tellement énormes que vous ne parveniez pas à les maîtriser ?	<input type="checkbox"/>				

15. Lors de votre sortie de l'hôpital, est-ce qu'il vous a manqué quelque chose ?

Non Oui Si oui : précisez :

.....

16. Avez-vous encore des symptômes physiques ou autres liés à l'infection du COVID-19 ?

Non Oui Si oui, lesquels:

.....

.....

17. Avez-vous des suggestions à faire dans un but d'amélioration ?

.....

.....

.....

Nous vous remercions sincèrement pour votre participation.

Veillez renvoyer le questionnaire dans l'enveloppe jointe et préaffranchie.

Partie 2

Cette partie du questionnaire est à remplir **par votre proche impliqué(e)** lors de votre hospitalisation. Si vous n'avez pas de proche impliqué(e) directement, veuillez laisser cette section vide.

18. Avez-vous pu visiter votre proche à l'Hôpital ?

- Oui
- Non

Si non : comment avez-vous pu garder le contact avec votre proche (plusieurs choix)?

- Téléphone avec le(la) patient(e)
- Téléphone avec les soignants
- Email
- Autre :

Si non, en avez-vous été affecté(e)? (1 seule coche)

- Pas affecté(e)
- Faiblement affecté(e)
- Pas d'avis
- Modérément affecté(e)
- Affecté(e)

19. Comment avez-vous perçu les informations en lien avec la pandémie COVID-19 reçues à l'hôpital durant le séjour de votre proche ? (1 seule coche)

- Totalement inappropriées
- Inappropriées
- Légèrement inappropriées
- Sans avis (neutre)
- Peu appropriées
- Appropriées
- Totalement appropriées

20. Comment qualifiez-vous la communication avec le personnel (1 coche)?

- Faible
- Passable
- Bonne
- Très bonne
- Excellente

21. **Concernant vos besoins d'informations durant l'hospitalisation de votre proche, quelles sont les informations les plus importantes pour vous parmi les sujets ci-dessous (3 coches possibles)**

- Le mode de transmission du COVID-19
- Le temps d'incubation du COVID-19 (le temps entre l'infection et l'apparition des 1^{ers} symptômes)
- Les symptômes du COVID-19
- Les moyens de préventions afin d'éviter de contracter la maladie
- Le risque que vous contractiez le COVID-19
- Le risque que la maladie soit grave
- Le traitement du COVID-19
- Je n'ai pas besoin d'autre information
- Autre :

22. **En tant que proche comment avez-vous été considéré(e) par le personnel de l'hôpital ?**

(1 coche)

- N'a pas été considéré(e)
- Moyennement considéré(e)
- Totalement considéré(e)

23. **A quel point pensez-vous que le COVID-19 soit grave (1 coche)?**

Pas grave du tout	Pas grave	Plus ou moins grave	Grave	Très grave
<input type="checkbox"/>				

Voudriez-vous ajouter un commentaire à votre expérience durant l'hospitalisation de votre proche pendant la pandémie ?

.....

.....

.....

Nous vous remercions sincèrement de votre participation.