



Feidhmeannacht na Seirbhíse Sláinte
Health Service Executive

Soins de santé primaires - Administration de la santé (HSE)

Votre service, votre avis : Étude

**Nom de l'équipe de soins de santé primaires que vous avez consulté
aujourd'hui :**

Date :

**Dans cette étude, nous vous demandons de nous faire part de votre
expérience auprès de nos services de soins de santé primaires.**

Qu'est-ce qu'une équipe de soins de santé primaires ?

Une équipe de soins de santé est constituée de professionnels de la santé qui travaillent ensemble en vue de répondre, au niveau local, aux besoins des individus en termes de santé et d'assistance sociale. Une équipe de soins de santé primaires est généralement constituée des personnes suivantes :

- Médecins généralistes,
- Infirmières,
- Kinésithérapeutes,
- Ergothérapeutes,
- Travailleurs sociaux, et
- Aides à domicile.

Ils travaillent ensemble, partagent des informations et coordonnent leurs compétences de façon à vous offrir les meilleurs soins possibles.

Pour plus d'informations sur les équipes de soins de santé primaires, rendez-vous sur le site www.hse.ie/eng/about/Who/primarycare ou adressez-vous à un membre de votre équipe de soins de santé primaires locale.



Nous vous invitons à répondre à ce bref questionnaire et à nous indiquer ce que vous avez pensé des services dispensés aujourd'hui par notre équipe de soins de santé primaires.

Vos réponses seront traitées de façon anonyme et confidentielle. En participant à cette étude, vous pourrez nous aider à améliorer la qualité de nos prestations.

En ce qui vous concerne : Veuillez cocher les cases correspondant aux réponses applicables

Votre sexe. Vous êtes ?

Un homme Une femme Autre

Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

Moins de 18 18-24 ans 25-44 ans 45-64 ans 65-74 ans 75 ans et plus

Déterminez-vous l'une des cartes suivantes ?

Carte santé (Medical Card)	<input type="checkbox"/>
Carte de consultation auprès d'un médecin généraliste (GP Visit Card)	<input type="checkbox"/>
Carte de longue maladie (Long-term Illness Card)	<input type="checkbox"/>
Carte Loi Santé (Health Amendment Act Card)	<input type="checkbox"/>
Carte de couverture santé européenne	<input type="checkbox"/>
Carte de couverture médicaments (Drug Payment Scheme Card)	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>
Aucune de ces cartes	<input type="checkbox"/>

Veillez sélectionner la réponse qui s'applique à votre situation :

Je n'ai pas eu recours à un interprète pour mon rendez-vous

J'ai eu recours à un interprète en langue des signes

J'ai eu recours à un interprète linguistique

Veillez nous indiquer votre pays d'origine.

Irlande Royaume-Uni Union européenne Pays hors de l'Union européenne

Autre Si vous avez spécifié **Autre**, de quel pays provenez-vous ?

Votre visite

1. Parmi les membres de l'équipe de soins de santé primaire ci-dessous, le(s)quel(s) avez-vous consulté aujourd'hui ?

Sélectionnez tous les professionnels concernés

Médecin généraliste	<input type="checkbox"/>
Infirmière praticienne	<input type="checkbox"/>
Infirmière de santé publique ou communautaire	<input type="checkbox"/>
Kinésithérapeute	<input type="checkbox"/>
Ergothérapeute	<input type="checkbox"/>
Autre service	<input type="checkbox"/>

Si vous avez spécifié **Autre service**, veuillez en indiquer le nom ici.

2. Que diriez-vous de votre expérience d'aujourd'hui en ce qui concerne nos services ?

Je n'ai eu aucun mal à accéder aux services.	<input type="checkbox"/>
Les horaires d'ouverture ne me convenaient pas.	<input type="checkbox"/>
Les délais d'attente pour l'obtention d'un rendez-vous étaient trop longs.	<input type="checkbox"/>
Le service dont j'avais besoin n'était pas proposé par l'équipe de soins de santé primaires.	<input type="checkbox"/>
Je n'ai pu qu'être orienté vers un autre service.	<input type="checkbox"/>

Autre difficulté.

Si vous avez spécifié **autre difficulté**, veuillez la décrire ici.

Merci d'indiquer ici le nom du service ou des services avec lesquels vous avez eu des difficultés :

3. Où avait lieu votre rendez-vous ?

Centre de soins de santé primaires.	<input type="checkbox"/>
Cabinet du médecin généraliste.	<input type="checkbox"/>
Autre endroit.	<input type="checkbox"/>

Si votre rendez-vous a eu lieu dans un **autre endroit**, merci de spécifier où.

4. L'heure du rendez-vous vous convenait-elle ?

L'heure du rendez-vous qui m'a été donné me convenait parfaitement.

J'aurais préféré un rendez-vous avant 9h00.

J'aurais préféré un rendez-vous entre 12h00 et 13h00.

J'aurais préféré un rendez-vous entre 13h00 et 14h00.

J'aurais préféré un rendez-vous après 17h00.

5. Comment qualifieriez-vous l'accès aux locaux et leur utilisation lors de votre visite ?

Très facile Facile Difficile Très difficile

6. Les bâtiments et les locaux étaient-ils propres et ordonnés ?

Oui Non

7. Combien de temps avez-vous attendu avant d'être reçu(e) par votre professionnel de santé aujourd'hui ?

Moins de 15 minutes 15 à 30 minutes 31 à 45 minutes Plus de 45 minutes

8. Le professionnel de santé s'est-il lavé ou nettoyé les mains avant d'entrer en contact avec vous ? Oui Non Je ne me souviens pas

9. Le professionnel de santé s'est-il présenté au début de la consultation ?

Oui Non Je le connais déjà

10. Lors de votre visite, avez-vous été traité(e) avec respect et gentillesse ?

Oui Non

11. Êtes-vous satisfait(e) du degré d'intimité et de respect de la vie privée dont vous avez bénéficié lors de votre rendez-vous ?

Oui Non

12. Vous a-t-on expliqué que, dans le cadre de votre prise en charge générale, nous pourrions être amenés à partager des informations vous concernant avec d'autres membres de l'équipe de soins de santé primaires ? Oui Non Pas sûr(e)

13. Les conseils et les informations que vous ont donné le professionnel de santé lors de votre rendez-vous étaient-ils faciles à comprendre ?

Oui Non Sans objet

14. Pendant votre rendez-vous, avez-vous eu suffisamment de temps pour poser des questions, parler de vos problèmes de santé et exprimer vos inquiétudes ?

Oui Non

15. Avez-vous été impliqué dans le processus de décision concernant votre prise en charge et votre traitement ?

Oui Non

16. Au cours de la visite, avez-vous reçu des informations ou des conseils dans l'un des domaines suivants ?

a. Arrêt du tabagisme	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Sans objet <input type="checkbox"/>
b. Perte de poids	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Sans objet <input type="checkbox"/>
c. Nutrition et alimentation saine	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Sans objet <input type="checkbox"/>
d. Activité physique	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Sans objet <input type="checkbox"/>
e. Consommation d'alcool	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Sans objet <input type="checkbox"/>
f. Santé mentale et bien-être	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Sans objet <input type="checkbox"/>
g. Sénilité/Démence	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Sans objet <input type="checkbox"/>
h. Prévention des chutes	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Sans objet <input type="checkbox"/>
i. Toxicomanie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Sans objet <input type="checkbox"/>
j. Autre sujet	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Si vous avez spécifié Oui, veuillez indiquer les informations que vous avez reçues.

17. Existe-t-il d'autres domaines dans lesquels vous aimeriez recevoir des informations ou des conseils ?

Oui Non Si vous avez spécifié « Oui », veuillez indiquer ici desquels ils s'agit.

18. De manière générale, comment qualifieriez-vous votre expérience d'aujourd'hui en ce qui concerne nos services et prestations ? Veuillez entourer une réponse.

1 2 3 4 5
Excellente Très bonne Bonne Mauvaise Très mauvaise

19. Êtes-vous au courant de l'existence des publications et des services suivants ?

La Charte nationale de santé, « Vous et votre service de santé » (You and Your Health Service) :

Oui Non

Le processus de dépôt de plaintes de l'Administration de santé (HSE) : « Votre service, votre avis » (Your Service, Your say) :

Oui Non

20. Si vous souhaitez approfondir votre réponse à n'importe laquelle des questions ci-dessus, ou si vous avez des commentaires ou des suggestions sur la façon dont l'équipe de soins de santé primaires pourrait améliorer les services qu'elle dispense, utilisez cet espace :

Impliquez-vous

Découvrez comment vous pouvez vous impliquer dans l'amélioration des services de santé en Irlande. Le HSE encourage activement les utilisateurs des services à prendre part aux forums de patients et à s'engager dans des initiatives d'amélioration de la qualité.

Pour en savoir plus, consultez les pages suivantes :

www.hse.ie/eng/about/Who/primarycare

www.hse.ie/eng/services/yourhealthservice

ou écrivez-nous à l'adresse suivante : yoursay@hse.ie

Building a Better Health Service

CARE COMPASSION TRUST LEARNING