



**Conseil de la santé
du Nouveau-Brunswick**

Engager. Évaluer. Informer. Recommander.

Expérience vécue par le patient dans les hôpitaux du Nouveau-Brunswick

**Résultats du sondage 2010 sur les soins aigus
Annexe technique
Octobre 2010**

Qui sommes-nous?

La population du Nouveau-Brunswick a le droit de connaître les décisions prises, de faire partie du processus décisionnel, et de connaître les résultats livrés par le système de santé et ses coûts. Le **Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick** encouragera cette transparence, cet engagement et cette responsabilité en engageant la population dans un dialogue significatif, en mesurant, surveillant et évaluant la santé de la population et la qualité des services en santé, en informant la population sur l'état de la performance du système de santé ainsi qu'en recommandant des améliorations aux partenaires du système de santé.

Pour plus d'information :

Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick

Pavillon J.-Raymond-Frenette
100, rue des Aboiteaux, bureau 2200
Moncton, Nouveau-Brunswick
E1A 7R1

Téléphone : 506.869.6870

Télécopieur : 506.869.6282

Sans Frais : 1.877.225.2521

www.csnb.ca

Comment citer ce document :

Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, Expérience vécue par le patient dans les hôpitaux du Nouveau-Brunswick, Résultats du sondage 2010 sur les soins aigus - Annexe technique – octobre 2010.

This document is available in English under the title:

New Brunswick Health Council, Hospital Patient Care Experience in New Brunswick, 2010 Acute Care Survey Results - Technical Appendix – October 2010.

TABLE DES MATIÈRES



1. Vue d'ensemble	5
2. Conception du questionnaire	7
2.1 Attestation de l'outil de mesure du sondage sur l'expérience vécue par le patient au Nouveau-Brunswick	7
2.2 Une adaptation à partir d'autres outils de sondage	7
2.3 Contributions des parties intéressées	8
2.4 Développement du questionnaire français	9
2.4.1 Profil des participants	11
2.4.2 Tests cognitifs	11
2.5 Indicateurs de l'expérience vécue par le patient	12
3. Étendue du sondage	13
3.1 Population cible	13
3.2 Retirer un nom de la liste de sondage	13
3.3 Patients inclus et exclus du sondage	14
3.4 Hôpitaux et établissements de santé qui ont été inclus dans le sondage	15
4. Méthodologie du sondage	17
4.1 Approche de recensement	17
4.2 Distribution des affiches et des feuillets	17
4.3 Communication aux médias et informations aux patients	18
4.4 Protocole de sécurité des données et respect de la vie privée	18
5. Gestion des données	21
5.1 Transfert des données sur les patients au CSNB	21
5.2 Validation des données et sélection	21
5.3 Transfert des données du CSNB vers Ipsos Reid	22
5.4 Gestion de l'enquête postale	22
6. Collecte des données	25

7. Analyse statistique	27
7.1 Calcul du score composite	27
7.2 Valeurs manquantes	27
7.3 Réponse au sondage et analyse des non-réponses	28
7.4 Test de signification statistique	29
7.5 Ajustements en fonction de groupe clients	30
8. Test de fiabilité et de viabilité	33
8.1 Évaluation de l'équivalence entre la version française et anglaise	33
8.1.1 Caractéristiques des répondants	34
8.1.2 Distribution des réponses aux questions	36
8.1.3 La cohérence interne comme mesure de fiabilité	37
8.1.4 Corrélation entre les réponses aux questions et le score de l'indicateur composite qui contient ces questions	37
8.1.5 Corrélation entre l'évaluation globale de l'hôpital et chaque indicateur composite	39
8.2 Mesures de la qualité des indicateurs composites HCAHPS	39
8.3 Mesures de la qualité de l'indicateur composite MTS-3	41
8.4 Propriétés de mesure des questions individuelles et contributions à la prédiction de l'évaluation globale de l'hôpital	41
8.5 Conclusion	45
9. Références	49
Annexe "A" Questionnaire du sondage	51
Annexe "B" Questions du sondage regroupées par dimension des soins	61
Annexe "C" Indicateurs de l'expérience vécue par le patient	63
Annexe "D" Affiche placée dans les hôpitaux et établissements de santé	69
Annexe "E" Feuillet distribué aux patients au moment de l'inscription	71
Annexe "F" Fluidité du processus de sondage	73
Annexe "G" Lettre d'accompagnement du sondage	75
Annexe "H" Caractéristiques de l'échantillon	77
Annexe "I" Modèle de « scores de réponse » utilisé pour les analyses de corrélation et de régression	81
Annexe "J" Corrélations entre les indicateurs et l'évaluation globale de l'hôpital et contributions à la prédiction de l'évaluation globale de l'hôpital	83

1. VUE D'ENSEMBLE



En juillet 2010, le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick (CSNB) publiait les résultats de leur premier sondage provincial intitulé *Expérience vécue par le patient dans les hôpitaux du Nouveau-Brunswick – Résultats du sondage 2010 sur les soins aigus*. Les répondants étaient des patients âgés de 18 ans et plus ayant reçu des soins médicaux ou chirurgicaux et ayant passé au moins une nuit dans le secteur des soins aigus d'un hôpital durant les mois de novembre et décembre 2009 et janvier 2010.

L'objectif de ce premier sondage du CSNB était de cueillir des données de base et des renseignements sur chaque hôpital afin que le public et les régies régionales de la santé puissent mesurer et surveiller les améliorations au fil du temps. Pour sa part, cette annexe offre un portrait plus global de la conception du questionnaire, de la méthodologie du sondage et du processus de gestion des données.

Afin de démontrer que le sondage 2010 sur les soins aigus fait preuve d'exactitude et de précision, les résultats de tests psychométriques sont présentés dans ce rapport et sont fondés sur des mesures habituelles de fiabilité et de validité. S'il y a lieu, des comparaisons sont faites avec la littérature de recherche dans laquelle des mesures semblables d'expériences vécues par le patient ont été décrites et examinées.

2. CONCEPTION DU QUESTIONNAIRE



Lors de l'élaboration de la conception du questionnaire, plusieurs facteurs ont été considérés, dont les critères d'agrément, la fiabilité et la validité du sondage, la comparabilité avec d'autres régions nord-américaines, la rétroaction de diverses parties intéressées et l'utilisation de mesures appropriées au développement d'un questionnaire bilingue.

2.1 Attestation de l'outil de mesure du sondage sur l'expérience vécue par le patient au Nouveau-Brunswick

Les hôpitaux du Nouveau-Brunswick sont groupés sous l'une de deux régies régionales de la santé (RRS) : le Réseau de santé Vitalité (autrefois la Régie régionale de la santé A) et le Réseau de santé Horizon (autrefois la Régie régionale de la santé B) ont été créés en 2008 à la suite d'une réforme de la gouvernance du système de santé du Nouveau-Brunswick.

Les deux RRS participeront à un premier programme national d'agrément volontaire visant une évaluation d'après des critères d'excellence, dont les résultats permettront d'introduire des améliorations continues au niveau de la qualité des services offerts aux patients et aux clients.

En collaborant et en prévenant le dédoublement, le CSNB a identifié une occasion de travailler de concert avec les RRS et le ministère de la Santé afin de développer un outil de sondage standardisé qui évaluera la qualité des soins aux patients dans tous les hôpitaux et établissements de santé offrant des soins aigus.

Le CSNB a donc choisi d'adopter le processus de certification des outils d'évaluation d'Agrément Canada pour l'élément *Expérience positive vécue par le client* afin de réduire le nombre de rapports et maximiser les efforts organisationnels. Agrément Canada est un organisme indépendant sans but lucratif reconnu au niveau mondial qui fournit un processus d'examen externe aux organismes de soins de santé.

2.2 Une adaptation à partir d'autres outils de sondage

Le questionnaire du sondage sur l'expérience vécue par le patient au Nouveau-Brunswick a été adapté de sondages semblables utilisés par d'autres fournisseurs de soins de santé dans d'autres régions. Le questionnaire du CSNB renferme des éléments des questionnaires HCAHPS® (Hospital Consumer Assessment of

Healthcare Providers & Systems), MTS-3 (Mesures Transitoires de Soins), et HQC (Conseil de la santé de la Saskatchewan).

La plupart des indicateurs utilisés par le CSNB sont les mêmes que ceux développés aux États-Unis par la *Federal Agency for Healthcare Research and Quality* (outil de sondage HCAHPS). L'outil de sondage HCAHPS a subi une validation rigoureuse en Amérique du Nord^{1,2,3,4,5,6,7,8} et le CSNB utilise des indicateurs HCAHPS pour mesurer la communication avec les infirmiers et infirmières, la communication avec les médecins, la réactivité du personnel, la communication sur les médicaments, le contrôle de la douleur, l'environnement physique (propreté et tranquillité pendant la nuit) et les informations au moment de la sortie de l'hôpital.

L'indicateur MTS-3 est une mesure de la performance qui sert à promouvoir l'amélioration de la qualité dans le domaine des soins transitoires en évaluant à quel point les patients sont questionnés au sujet de leurs besoins de soins de santé et à quel point ils sont prêts à faire la transition lorsqu'ils quittent l'hôpital pour rentrer à la maison⁹.

En 2005, le Conseil de la santé de la Saskatchewan (HQC) publiait un premier sondage provincial sur les soins aigus offerts aux patients (<http://www.hqc.sk.ca> – en anglais seulement). Le sondage du CSNB sur l'expérience vécue par le patient contient des éléments du questionnaire HQC sur certaines dimensions clés des soins, dont le processus d'inscription, la sécurité des patients, les soins axés sur le client et la famille, et le processus de sortie de l'hôpital.

Tous les éléments HCAHPS ont été regroupés ensemble dans le questionnaire. La fluidité du sondage, c'est-à-dire l'ordre des questions, reflète l'expérience du patient à partir de l'inscription jusqu'au congé de l'hôpital.

L'équité est une dimension importante des soins de qualité dans les hôpitaux. Le sondage du CSNB sur l'expérience vécue par le patient contient des questions qui mesurent l'équité basée sur le choix de la langue de service (français ou anglais).

2.3 Contributions des parties intéressées

Le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick donne une grande importance à l'implication des parties intéressées et des citoyens dans le cadre d'initiatives où le public participe à un sondage ou un exercice d'engagement. Le Conseil a été structuré en quatre groupes de travail; Engagement, Santé de la population,

Expérience de soins et Viabilité. Ainsi, les membres du conseil d'administration qui siègent à ces quatre groupes de travail orientent et conseillent le personnel du CSNB. Le groupe de travail sur l'expérience des soins a donc entrepris un examen externe des expériences de soins devant être évaluées dans le questionnaire et les commentaires du groupe ont été très valables lors de l'élaboration du sondage.

Il fallait aussi, dans le cadre du processus d'élaboration, impliquer les personnes appropriées et les organismes susceptibles d'être affectés par les résultats du sondage. De plus, les parties intéressées devaient toujours être tenues bien informées, tout en respectant leurs opinions et idées et en répondant régulièrement à leurs questions et inquiétudes. Ces éléments ont été des facteurs clés qui ont permis d'améliorer le sondage et faciliter sa mise en application.

Ipsos Reid, une entreprise de sondage indépendante, a exécuté le sondage sur l'expérience vécue au nom du CSNB et des régies régionales de la santé. Ipsos Reid possède de l'expérience dans les sondages en soins de santé auprès d'organismes canadiens et ailleurs au monde. Les membres de l'équipe Ipsos Reid ont également fourni une rétroaction fort appréciée sur la conception du sondage.

Une attention particulière a également été portée aux questions qui permettaient de dresser un portrait global des caractéristiques des répondants, dont l'auto-évaluation de la santé, le niveau d'éducation, l'identification de répondants autochtones, la langue parlée à la maison et le choix de la langue de service (français ou anglais).

2.4 Développement du questionnaire français

Plusieurs étapes ont été suivies afin que les patients du Nouveau-Brunswick puissent répondre au sondage dans l'une ou l'autre des deux langues officielles (français ou anglais). La version française du questionnaire du CSNB a été traduite à partir de la version anglaise décrite précédemment. Par la suite, une autre traduction « avant/arrière » a été faite et des interviews cognitives ont eu lieu au sujet du questionnaire français afin d'en évaluer le niveau de compréhension.

Mais, avant que ces interviews cognitives n'aient lieu, le questionnaire anglais avait été traduit en français par un traducteur professionnel et ensuite retraduit vers l'anglais par un autre traducteur. Cette traduction « avant/arrière » visait à assurer que tous les éléments de compréhension avaient bel et bien été traduits selon la version originale. Ensuite, le questionnaire traduit a été examiné attentivement par

le CSNB et Ipsos Reid. Une version française du sondage HCAHPS utilisée en Europe (Belgique) a également été évaluée afin de déterminer sa pertinence au contexte néo-brunswickois. Une fois que toutes ces étapes avaient été faites, une version définitive du questionnaire français a été utilisée pour les interviews cognitives.

L'interview cognitive est une méthodologie qualitative qui permet d'évaluer la compréhension des questions, et de quelle manière les citoyens néo-brunswickois y répondent. Ce processus a été utilisé lors de validations préalables de traduction de sondages HCAHPS, dont, par exemple, une traduction espagnole d'un questionnaire anglais aux États-Unis⁷.

Lors de cette recherche qualitative pour le CSNB, des entrevues téléphoniques ont été réalisées par Ipsos Reid auprès des participants en leur posant des questions qualitatives mesurant la compréhension.

Ces techniques qualitatives comprenaient entre autres :

- demander aux répondants de répéter la question en utilisant leurs propres mots (reformulation);
- demander aux répondants de définir des termes clés d'une question; et
- demander aux répondants de décrire comment ils arrivaient à leurs réponses (réflexion rétroactive).

Les participants ont également répondu à des questions de compréhension sur la formulation de certaines questions spécifiques, incluant d'autres formulations proposées.

Lorsque des tests cognitifs sont effectués sur un questionnaire traduit, un certain nombre de restrictions potentielles s'appliquent aux changements suggérés. Toute modification proposée au questionnaire français doit être évaluée en tenant compte du questionnaire anglais élaboré à partir de nombreux éléments du sondage standardisé HCAHPS. Toute modification qui introduit une nouvelle signification dans la version française – comparativement à la version anglaise – pourrait créer un biais dans la comparaison des échantillons de chaque groupe linguistique lors de l'administration et l'analyse du sondage.

L'objectif de cette recherche qualitative était donc de recommander des changements là où ils s'avéreraient appropriés, mais de rejeter toute amélioration

qui aurait pu entraîner des répercussions négatives substantielles sur la comparabilité de la version française du sondage avec la version anglaise.

2.4.1 Profil des participants

Les tests cognitifs qualitatifs ont eu lieu par interview téléphonique avec neuf (9) citoyens francophones du Nouveau-Brunswick vivant dans des zones de santé « d'expression française majoritaire ». L'échantillonnage reflétait la population cible et était fondé sur les critères d'âge, de sexe, de niveau d'éducation et d'emplacement géographique (zone de santé). En moyenne, les interviews ont duré 40 minutes et ont eu lieu du 23 au 27 novembre 2009. Le niveau scolaire était une préoccupation puisque le questionnaire avait été préparé afin que tous les patients néo-brunswickois, peu importe leur niveau d'éducation formel, puissent le lire et le comprendre.

Le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick a choisi l'échantillon de participants qui étaient tous des résidents de la province. En guise de remerciement pour avoir participé à la recherche, chaque participant a reçu une rétribution de 50 \$.

Tous les participants ont reçu une copie du questionnaire en français, soit par la poste ou par courriel, avant que l'interview n'ait lieu. Ils avaient donc le temps voulu pour prendre connaissance du sondage avant d'en discuter en profondeur durant l'interview. Tous les participants ont été avisés que la discussion était confidentielle et que leurs commentaires ne seraient pas attribués directement à eux. Par ailleurs, tous ont donné leur consentement éclairé et exprès pour que l'interview ait lieu et que la conversation soit enregistrée.

Les données issues de cet exercice sont de nature qualitative et, par conséquent, il faut les considérer comme des données directionnelles plutôt que des conclusions définitives.

2.4.2 Tests cognitifs

Dans l'ensemble, les participants ont compris la version française du sondage sur l'expérience vécue et le sens des questions. En général, les participants ont jugé que les questions étaient pertinentes et n'étaient pas sujettes à la controverse. Cependant, même s'ils pensaient que, de façon

générale, les questions étaient assez claires, ils ont quand même suggéré plusieurs changements à des termes spécifiques, et ce, afin d'éclaircir des questions ou des instructions. Les suggestions des participants étaient retenues comme étant des changements possibles au questionnaire ou tout simplement notées afin d'en discuter avec le personnel du CSNB.

Ipsos Reid a également testé une série de mots et d'expressions afin de s'assurer qu'ils étaient correctement interprétés. Dans l'ensemble, ces mots et expressions ont tous été bien compris. Les résultats des tests cognitifs ont été très utiles et des modifications ont été apportées au questionnaire.

2.5 Indicateurs de l'expérience vécue par le patient

Tous les indicateurs du présent rapport proviennent de questions posées à des patients qui ont récemment reçu leur congé d'un hôpital du Nouveau-Brunswick et qui ont participé au sondage CSNB sur l'expérience vécue à l'hôpital.

La version française du questionnaire se trouve à l'**annexe A**. Dans l'**annexe B**, les questions du sondage sont regroupées selon la dimension des soins, ce qui permet une référence propre à chaque indicateur de l'expérience vécue par le patient.

Les réponses aux questions du sondage ont été évaluées selon différents types d'échelles. Les réponses aux questions du sondage HCAHPS sur des expériences de soins précises étaient évaluées selon une échelle à quatre niveaux (« jamais », « parfois », « habituellement », et « toujours ») ou une échelle à deux niveaux (« oui », « non »). Les réponses aux questions HCAHPS qui représentaient une mesure de la satisfaction générale ont été évaluées selon une échelle de quatre niveaux (« certainement pas », « probablement pas », « probablement », et « certainement ») quant à la volonté du patient à recommander l'hôpital, et une échelle de valeurs à onze points (0 à 10) pour l'évaluation globale de l'hôpital. Les réponses 0 et 10 dans l'échelle de 11 points étaient accompagnées de désignations verbales.

Treize indicateurs sont utilisés dans le rapport destiné au public et ils ont été adaptés des questionnaires HCAHPS, MTS-3 et HQC. Une description détaillée de ces indicateurs se trouve à l'**annexe C**.



3. ÉTENDUE DU SONDAGE

3.1 Population cible

Ce sondage a été complété par des patients de 18 ans et plus ayant reçu des soins **médicaux** ou **chirurgicaux** et ayant séjourné **au moins une nuit** dans le secteur des **soins aigus** dans un hôpital ou établissement de santé entre le 1^{er} novembre 2009 et le 31 janvier 2010. Le secteur des « soins aigus » dans un hôpital est principalement impliqué dans les soins médicaux de courte durée prodigués aux personnes hospitalisées pour une maladie ou une chirurgie.

3.2 Retirer un nom de la liste de sondage

Les patients qui souhaitaient retirer leur nom de la liste de sondage avaient accès à un numéro sans frais par le biais d'affiches dans tous les établissements de santé ainsi que par la remise d'un feuillet (format carte postale) aux patients au moment de l'inscription, pendant la période du sondage du 1^{er} novembre 2009 au 31 janvier 2010. Des informations additionnelles sur les affiches et les feuillets se trouvent à la section 4.2.

Lorsque la nature de l'appel l'exigeait, les patients étaient redirigés au site Web et au numéro sans frais du CSNB.

Les patients qui téléphonaient au numéro sans frais pour demander que leur nom soit retiré de la liste d'envoi du sondage devaient fournir leur nom, leur adresse postale, l'hôpital où ils avaient séjourné et la date (où période approximative) du congé d'hôpital. Ces renseignements permettaient d'identifier le patient et de retirer son nom de la liste d'envoi du sondage.

Entre le 1^{er} novembre 2009 et le 31 mars 2010, seuls 33 patients ont demandé que leur nom soit retiré de la liste d'envoi du sondage sur l'expérience vécue. Le personnel du CSNB a donc enlevé ces noms de la liste en plus de procéder à d'autres exclusions avant d'envoyer la liste d'envoi finale à Ipsos Reid.

3.3 Patients inclus et exclus du sondage

Les patients en obstétrique n'étaient pas inclus dans cette étude. Les résultats d'un sondage précédent HCAHPS ⁵ indiquent que les services les plus semblables sont les services chirurgicaux et médicaux et que les services médicaux et obstétricaux sont les plus distincts.

Les critères de sélection pour le sondage du CSNB étaient essentiellement les mêmes que ceux du sondage pilote HCAHPS ¹. Les patients suivants ont été exclus de cette étude :

- Les patients en obstétrique.
- Les patients de moins de 18 ans.
- Les patients en psychiatrie, en réadaptation, et les cas de maladie chronique.
- Les patients ayant reçu leur congé et ayant été transférés à un autre établissement de santé.
- Les patients avec hospitalisation liée au niveau de soins alternatifs (NSA).
- Les patients qui sont décédés pendant leur séjour à l'hôpital.

Seul le séjour le plus récent dans un hôpital était considéré pour la majorité des patients ayant séjourné dans plusieurs hôpitaux. D'autres exclusions ont également été appliquées, mais elles touchaient moins de patients :

- Les patients ayant téléphoné afin de retirer leur nom du sondage.
- Les patients passés par les services de traitement des dépendances.
- Les patients ayant reçu des soins palliatifs.
- Les patientes enceintes ayant reçu des services médicaux ou chirurgicaux.
- Les patients suicidaires (idéation ou tentative).
- Les patients-prisonniers.
- Les patients ayant quitté l'hôpital contre l'avis du personnel.
- Les patients ayant souffert de démence grave.

- Les patients dont certaines données d'identification n'étaient pas disponibles.
- Les patients dont l'adresse postale n'était pas une adresse du Nouveau-Brunswick.

3.4 Hôpitaux et établissements de santé qui ont été inclus dans le sondage

Le sondage sur l'expérience vécue par le patient a été fait uniquement auprès de patients ayant récemment reçu leur congé d'un hôpital ou d'un établissement de santé offrant des soins aigus au Nouveau-Brunswick.

Certains hôpitaux et établissements de santé n'ont pas été inclus dans le sondage sur l'expérience vécue par le patient parce que leurs patients ne répondaient pas aux critères de sélection du projet. Les répondants au sondage étaient uniquement des patients **médicaux** et **chirurgicaux** ayant reçu leur congé entre le 1^{er} novembre 2009 et le 31 janvier 2010 et ayant passé **au moins une nuit dans un hôpital ou un établissement de santé** offrant **des soins aigus**.

La liste des hôpitaux et établissements de santé qui ont été inclus dans le sondage sur l'expérience vécue par le patient est disponible sur le site Web du CSNB (<http://www.csnb.ca>).

4. MÉTHODOLOGIE DU SONDAGE



4.1 Approche de recensement

Le sondage sur l'expérience vécue par le patient était un sondage de recensement distribué à tous les patients admissibles au Nouveau-Brunswick. À la suite de la sélection des patients par le CSNB, le fichier avec toutes les données requises pour l'envoi postal a été envoyé à Ipsos Reid afin de créer la base de la population cible de l'étude, soit *tous les patients médicaux et chirurgicaux, âgés de 18 ans et plus, ayant passé au moins une nuit dans un hôpital ou établissement de santé du Nouveau-Brunswick offrant des soins aigus et ayant reçu leur congé entre le 1^{er} novembre 2009 et le 31 janvier 2010.*

Étant donné la distribution des patients dans 19 hôpitaux offrant des soins aigus au Nouveau-Brunswick, il fut décidé qu'un recensement complet était le meilleur moyen d'assurer que les résultats soient représentatifs des hôpitaux/établissements de santé, ce qui était particulièrement important pour les plus petits hôpitaux et établissements de santé qui avaient moins de patients ayant reçu leur congé. Le recensement permet également d'augmenter le niveau de confiance statistique et la précision des résultats du sondage. De plus, en l'absence d'échantillonnage de patients, l'approche de recensement écarte la possibilité d'erreur d'échantillonnage aléatoire.

4.2 Distribution des affiches et des feuillets

Afin d'informer les patients *médicaux* et *chirurgicaux* sur le sondage CSNB de l'expérience vécue par le patient, des affiches bilingues (11x17) et des feuillets (format carte postale) ont été distribués dans tous les hôpitaux et établissements de santé offrant des soins aigus au Nouveau-Brunswick.

Le choix de « refuser de participer » a été communiqué à tous les patients sur les affiches et lors d'une distribution de feuillets effectuée par le personnel au moment de l'inscription de patients durant la période d'étude du 1^{er} novembre 2009 au 31 janvier 2010. Un numéro sans frais permettait aux patients de téléphoner s'ils avaient des questions ou des inquiétudes et également de demander que leur nom soit retiré de la liste d'envoi du sondage. Des copies de l'affiche et du feuillet se trouvent respectivement à l'**annexe D** et à l'**annexe E**.

4.3 Communications aux médias et informations aux patients

Le CSNB a publié un communiqué de presse afin d'informer les citoyens du Nouveau-Brunswick sur cette initiative provinciale et informer les patients ayant reçu leur congé de l'hôpital qu'ils pourraient recevoir un sondage par la poste. Une liste de questions et de réponses au sujet du sondage sur l'expérience vécue par le patient était également disponible sur le site Web du CSNB.

4.4 Protocoles de sécurité des données et respect de la vie privée

Dans l'objectif de protéger la confidentialité des renseignements fournis par le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick ainsi que ceux fournis par les patients eux-mêmes, Ipsos Reid et toutes les parties impliquées dans le sondage ont respecté des procédures de sécurité strictes, dont la transmission d'informations uniquement par transfert de fichiers sécurisé et le respect de protocoles existants sur le transfert de données et la sécurité de données contenant des renseignements confidentiels. Les lois relatives au respect de la vie privée, à la fois provinciales et canadiennes, ont été suivies lors du sondage sur l'expérience vécue par le patient.

La vie privée et la confidentialité des patients ont été protégées du fait que le sondage a été administré conformément aux lois existantes et pertinentes sur le respect de la vie privée et l'accès aux renseignements, tant celles du Nouveau-Brunswick que celles du Canada et, également, conformément aux meilleures pratiques émergentes sur le respect de la vie privée. Une évaluation des facteurs relatifs à la vie privée (EFVP) a aussi été faite en collaboration avec le chef de la protection des renseignements personnels du ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick.

Concrètement, cela impliquait que la « dépersonnalisation » des renseignements des patients était un principe clé du sondage et que les renseignements personnels devaient être stockés séparément des réponses individuelles au sondage afin d'éviter une identification possible. Pour ce faire et aux fins d'analyse, Ipsos Reid accordait à chaque patient ayant reçu le sondage un numéro d'identification unique à huit chiffres qui représentait l'hôpital et la régie régionale de santé concernée.

Afin de respecter le droit du patient à la confidentialité et la vie privée et avoir un processus qui est à la fois transparent et qui inspire la plus grande confiance auprès des citoyens, les renseignements au sujet du sondage sur l'expérience vécue par le patient étaient disponibles au public. Lorsqu'un patient recevait sa trousse de sondage par la poste, celle-ci comprenait une lettre d'accompagnement qui, une fois

de plus, expliquait l'objectif du sondage et offrait au patient l'option de téléphoner afin de demander que son nom soit retiré des listes d'envoi futures de ce sondage. Si un patient en faisait la demande, son nom était retiré de la liste du sondage à ce moment-là.

5. GESTION DES DONNÉES



Toutes les mesures nécessaires ont été prises afin d'assurer que les renseignements confidentiels des patients soient protégés et sécurisés. Très peu d'employés du CSNB et d'Ipsos Reid avaient accès à ces renseignements, mais ceux qui disposaient d'un accès étaient liés par une entente de confidentialité. Une entente formelle a également été conclue entre le CSNB et Ipsos Reid afin de respecter la vie privée et de protéger la confidentialité des renseignements fournis.

Le diagramme sur la fluidité du processus de sondage à l'**annexe F** est une représentation visuelle des étapes prises afin d'assurer la confidentialité des renseignements personnels des patients et afin de leur offrir plusieurs occasions de demander que leur nom soit retiré de la liste d'envoi.

5.1 Transfert des données sur les patients au CSNB

Le nom du patient ainsi que l'adresse, le numéro d'assurance-maladie, l'âge, le sexe, le code de l'hôpital, la date du congé, la raison de la visite et le code d'état à la sortie ont été soumis au CSNB par les hôpitaux offrant des soins aigus au Nouveau-Brunswick par l'entremise du ministère de la Santé en utilisant un programme de transfert de fichiers sécurisé. Les numéros d'assurance-maladie ont seulement été utilisés pour identifier les patients ayant effectué des séjours multiples afin de s'assurer que seul le séjour le plus récent était retenu pour la majorité des patients.

Les fichiers de données originaux en format Excel de Microsoft étaient protégés par un mot de passe et stockés sur une clé USB par le CSNB. Une deuxième copie de ces fichiers a été faite et stockée sur une autre clé USB. Les clés USB étaient entreposées dans un coffre-fort fermé à clé situé dans un bureau où l'accès était uniquement possible par lecteur de clés informatisé. Avant l'envoi postal, les fichiers de données pouvaient seulement être visualisés à partir de la clé USB par l'analyste de recherche du CSNB. Les résultats du sondage et les données utilisées lors de l'analyse après l'envoi postal ont été « dépersonnalisés » et entreposés dans un ordinateur de bureau sécurisé où les fichiers étaient protégés par des mots de passe.

5.2 Validation des données et sélection

Les fichiers de données ont été cueillis en deux phases (voir la section 5.4). Chaque phase a été soumise à plusieurs étapes afin d'assurer que la validation des données et la sélection des patients respectaient une approche logique et structurée. Le

programme Excel 2007 de Microsoft Office et la version 9.2 de SAS ont été utilisés durant ce processus, à partir de la vérification des données originales jusqu'à la production des listes d'envoi finales.

La liste d'envoi finale démontre que le sondage a été envoyé à 10 784 patients et que 5 371 patients ont répondu, donnant un taux de réponse globale de 50 %.

5.3 Transfert des données du CSNB vers Ipsos Reid

À chaque phase, deux fichiers de données ont été créés – soit une pour chaque région régionale de la santé –, et ce, avant que l'envoi postal n'ait lieu. Ces fichiers ont été vérifiés pour assurer l'intégralité des données et ensuite, envoyés à Ipsos Reid par un programme de transfert de fichiers sécurisé. Seuls les renseignements pertinents aux fins d'envoi étaient inclus dans ces fichiers. Certains renseignements, dont les numéros d'assurance-maladie et les raisons des visites à l'hôpital, étaient exclus.

5.4 Gestion de l'enquête postale

La méthodologie choisie pour le sondage sur l'expérience vécue par le patient était un questionnaire auto administré envoyé par la poste. Cette méthode a été choisie parce qu'elle répondait aux critères actuels des lois sur la vie privée et aux exigences de toutes les parties impliquées dans le sondage. Il était impératif de répondre aux exigences quant au respect de la vie privée des patients et les besoins en données des régions régionales de la santé (RRS) dans le but de permettre une amélioration de la qualité des soins dans le futur. Cette méthodologie permet au CSNB et aux RRS d'obtenir les renseignements essentiels au processus de certification d'Agrément Canada en plus de répondre au besoin du CSNB d'évaluer l'expérience des soins des résidents du Nouveau-Brunswick, élément primordial de son mandat.

Ipsos Reid était responsable de l'envoi du sondage par la poste. Le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick a transmis, en deux phases, les données sur les patients ayant reçu leur congé de l'hôpital à Ipsos Reid. La première phase comprenait des patients ayant reçu leur congé entre le 1^{er} novembre 2009 et le 31 décembre 2009, à l'exception des patients ayant reçu leur congé de la zone de Saint John du Réseau de santé Horizon. Les données sur les congés de la zone de Saint John (Réseau de santé Horizon) pour la période entière de trois mois, ainsi que les données sur les congés de janvier 2010 pour tous les autres hôpitaux et établissements de santé, ont été envoyées durant la seconde phase.

Le sondage a été imprimé et compilé par TransContinental Printing et envoyé par Postes Canada à tous les patients admissibles. L'envoi postal contenait les éléments suivants :

- *une lettre d'accompagnement (bilingue)* qui expliquait la nature du sondage et était cosignée par le CSNB et la régie régionale de la santé appropriée (voir l'**annexe G**). La lettre était adressée personnellement à chaque patient et le corps de la lettre indiquait l'hôpital duquel le patient avait reçu son congé durant la période d'étude et pour lequel on souhaitait obtenir une opinion des soins reçus durant cette visite;
- *un questionnaire du sondage (bilingue)* de 12 pages et 54 questions, dont deux à réponse ouverte, pré imprimée avec le numéro d'identification unique du patient attribué par Ipsos Reid (en français et en anglais, imprimé sous forme de livret sur feuilles recto/verso); et,
- *une enveloppe-réponse affranchie* incluse avec la trousse de sondage, avec l'adresse de renvoi au bureau d'Ipsos Reid à Saint John, Nouveau-Brunswick.

L'envoi postal a été effectué en deux étapes, de la manière suivante :

- **Phase 1** – tous les patients ayant reçu leur congé du 1^{er} novembre 2009 au 31 décembre 2009 (à l'exception des patients ayant reçu leur congé des hôpitaux et établissements de santé de la zone de Saint John du Réseau de santé Horizon).
- **Phase 2** – tous les patients ayant reçu leur congé en janvier 2010 et les patients de la zone de Saint John du Réseau de santé Horizon ayant reçu leur congé du 1^{er} novembre 2009 jusqu'au 31 janvier 2010.

En plus de la trousse de sondage initiale envoyée en deux phases à tous les patients admissibles (10 784), deux envois postaux de rappel ont été effectués auprès des patients n'ayant pas encore répondu. Le premier envoi de rappel contenait une lettre d'accompagnement (évoquant l'envoi postal initial); un questionnaire du sondage et une enveloppe-réponse affranchie et adressée à Ipsos Reid. Le deuxième rappel contenait uniquement une lettre de rappel incitant les patients qui n'avaient pas encore répondu au questionnaire de le faire dès que possible.

6. COLLECTE DES DONNÉES



Les questionnaires renvoyés à Ipsos Reid étaient d’abord enregistrés quotidiennement grâce au numéro d’identification unique dans le but d’assurer la gestion efficace de la liste d’envoi. Ensuite, ces questionnaires étaient envoyés au centre de traitement des données d’Ipsos Reid.

Ipsos Reid respecte les normes les plus élevées de l’industrie en saisie de données. La saisie est effectuée par le logiciel de saisie MPA Data Entry à la manière dite « tête basse », ce qui signifie que les opérateurs à la saisie des données se concentrent uniquement sur la saisie des données originales diminuant ainsi les risques d’erreurs.

Ipsos Reid a suivi un processus éprouvé pour traiter les non-réponses aux questions de cette étude : les opérateurs à la saisie des données enregistreraient les données exactement telles que fournies par un répondant, peu importe s’il avait répondu à la bonne question ou respecté le cheminement prévu des questions. Le nettoyage des données a été effectué par un analyste des données expérimenté qui a respecté des directives claires définies par l’équipe de recherche. Ceci implique que le nettoyage des données a été effectué en respectant des directives claires, évitant ainsi des incohérences.

En plus du processus « tête basse » pour la saisie des données et en respectant les directives de nettoyage des données, Ipsos Reid a vérifié 30 % des données pour certains champs de données critiques, dont le numéro d’identification unique du patient qui a été vérifié à 100 %. Les questions à réponse ouverte ont été inscrites mot à mot sans être codées.

7. ANALYSE STATISTIQUE



Les caractéristiques de l'échantillon basées sur tous les répondants (n = 5 371) se trouvent à l'**annexe H**.

7.1 Calcul du score composite

Un score composite (ou composé) est calculé à partir des résultats du sondage en regroupant deux questions ou plus qui mesurent la même dimension de soins. Ce score représente le pourcentage de réponses à toutes les questions dans ce groupe qui se retrouvent dans la catégorie « supérieure ». Par exemple, les deux questions de la dimension *Contrôle de la douleur* ont une échelle de réponses à quatre niveaux (« jamais », « parfois », « habituellement » et « toujours »). Les réponses à ces deux questions ont été combinées et le résultat est le pourcentage des réponses combinées qui sont « toujours ». En d'autres mots, le résultat du score de l'indicateur composite est le pourcentage de toutes les réponses parmi toutes les questions faisant partie de la même dimension de soins.

7.2 Valeurs manquantes

L'analyse des résultats d'un sondage implique invariablement des valeurs manquantes. Dans ce cas, l'analyse des données manquantes dans le fichier de données « nettoyé » a permis de conclure que, à la fois pour le niveau global et les questions particulières n'ayant pas été répondues, il n'y avait pas lieu de s'en préoccuper. Le taux de valeurs manquantes de toutes les questions, sauf 4 questions sur 53, était de moins de 7 % et, pour la majorité d'entre elles (40 sur 53), était de 5 % et moins.

La méthode utilisée pour traiter les valeurs manquantes consistait à calculer chaque score d'indicateur en incluant uniquement les réponses ayant des valeurs non manquantes. Même si cette méthode a produit des tailles d'échantillon plus petites lors de l'analyse, ces tailles demeuraient suffisamment importantes. Par exemple, lors du calcul d'un résultat d'indicateur composite à trois questions, les répondants ayant au moins une valeur non manquante pour l'une des trois questions ont été inclus dans le score global de l'indicateur.

7.3 Réponse au sondage et analyse des non-réponses

Une analyse approfondie du taux de réponse au sondage par hôpital/établissement de santé, zone de santé et régie régionale de la santé (RRS), et une comparaison des données du sondage à l'ensemble de la population de patients qui ont reçu leur congé de l'hôpital durant les trois mois de l'étude ont permis de déterminer que l'échantillon était représentatif de la population et qu'une pondération des données basée sur la méthode d'échantillonnage n'était pas nécessaire.

Lorsque des patients choisis dans le cadre d'un sondage ne répondent pas à certaines questions, cette non-réponse peut mener à des résultats biaisés. Un biais de non-réponse survient lorsqu'une caractéristique de l'échantillon, soit l'âge ou le sexe par exemple, crée un écart par rapport à cette même caractéristique de la population, ce qui mène à des différences entre les répondants et les non-répondants. Normalement, un taux de réponse élevé réduit le risque d'un tel biais.

En plus d'examiner les données par rapport aux réponses complétées par hôpital et établissement de santé et en comparant celles-ci avec les données actuelles des patients, une analyse a été faite pour chaque régie régionale de la santé, zone de santé, hôpital et établissement de santé afin de comparer les caractéristiques d'âge et de sexe à celles de la population.

Il existe une certaine sous-représentation chez les patients de 45 ans et moins ayant reçu leur congé de l'hôpital. Très peu de différence a été notée pour la catégorie d'âge de 45 à 64 ans et dans la catégorie d'âge de 65 ans et plus, une surreprésentation a été notée. Dans tous les cas, les différences notées entre la population et l'échantillon étaient de moins de 9 %.

Quant au sexe des patients, seules des différences mineures sont apparues lors d'une comparaison entre les répondants au sondage et la population de patients ayant reçu leur congé.

Un modèle de régression logistique univariée a mis en relation l'âge, le sexe et la régie régionale de la santé à laquelle appartient l'hôpital en tant que variables indépendantes afin de déterminer si les répondants différaient des non-répondants. L'analyse démontre que l'âge est une variable explicative significative pour les répondants au sondage ($p < 0,0001$). Comparativement aux patients âgés de moins de 45 ans (groupe de référence), les patients âgés de 45 à 64 ans étaient plus susceptibles de répondre au sondage (rapport de cote : 2,52), tout comme l'étaient

les patients âgés de 65 ans et plus (rapport de cote de 3,08). Le sexe était également une variable explicative chez les répondants ($p=0,01$) même si cette caractéristique n'était pas aussi significative que l'âge. Les patients de sexe féminin étaient plus susceptibles de répondre au sondage comparativement aux patients de sexe masculin (rapport de cote : 1,10).

La RRS auquel appartient l'hôpital était une variable explicative de réponse au sondage ($p=0,004$) quoique cette caractéristique n'était pas aussi significatif que l'âge du patient. Les patients ayant reçu leur congé du Réseau de santé Horizon étaient plus susceptibles de répondre au sondage comparativement aux patients ayant reçu leur congé du Réseau de santé Vitalité (rapport de cote : 1,12).

Donc, à partir de l'analyse des répondants au sondage comparativement à la population actuelle des patients ayant reçu leur congé, il fut décidé que la pondération des données n'était pas nécessaire. Afin de s'assurer que les résultats du sondage seraient comparables à ceux des autres provinces utilisant ce même genre d'outil, il fut décidé à adopter une méthodologie semblable.

Ainsi, les résultats du sondage du CSNB sur l'expérience vécue par le patient n'ont pas été pondérés et aucun ajustement n'a été fait pour les non-réponses. Des recherches précédentes ont d'ailleurs cherché à savoir si l'on devait pondérer les non-réponses du sondage HCAHPS⁶ pour conclure que la pondération des non-réponses ne devait pas être utilisée pour les comparaisons entre hôpitaux pour les indicateurs HCAHPS, mais que la pondération pouvait apporter une contribution minime aux estimations globales et aux comparaisons démographiques, surtout en l'absence d'ajustements en fonction de groupes clients.

7.4 Tests de signification statistique

Deux types de tests de signification statistique ont été appliqués afin de déterminer si les indicateurs du rapport public sur l'expérience vécue par le patient étaient statistiquement différents les uns par rapport aux autres.

Le test-t à un échantillon avec un niveau de confiance de 95 % a été utilisé pour vérifier la signification statistique lorsque les résultats de l'hôpital ou de l'établissement de santé sont comparés aux résultats globaux du Nouveau-Brunswick ou lorsque les résultats d'une zone de santé sont comparés aux résultats globaux de la régie régionale de la santé.

La base utilisée était la taille de l'échantillon pour l'indicateur devant être vérifié (ou, dans le cas d'un indicateur composite, la taille d'échantillon la plus petite parmi les questions incluses dans l'indicateur composite). Par exemple, s'il y avait deux questions dans l'indicateur composite et que 200 patients avaient répondu à la première question et 175 patients avaient répondu à la deuxième question, la base utilisée pour le test-t était 175 (soit le plus petit nombre de patients ayant répondu à l'une des deux questions).

Le résultat global auquel les indicateurs sont comparés était considéré comme la « norme » dans le cadre des tests de signification statistique.

Des tests de signification statistique parmi les sous-groupes de patients ont également été faits grâce au test-t. Il s'agissait de vérifier s'il y avait des différences dans l'expérience de soins vécue par le patient, selon des caractéristiques démographiques telles que l'âge, le sexe ou le choix de la langue. Un test-t a donc été utilisé pour comparer les résultats entre des sous-groupes indépendants de patients. Les tests ont été faits sur les proportions et sur les scores moyens; il s'agissait d'une mesure de signification appropriée afin de comparer des résultats entre eux et de déterminer s'il existait des différences statistiques à ce niveau. Le test a été effectué avec un niveau de confiance de 95 %.

7.5 Ajustements en fonction de groupes clients

Une analyse basée sur les groupes clients est liée à l'état de santé des répondants et à d'autres caractéristiques sociodémographiques qui peuvent influencer l'évaluation des soins. L'état de santé et l'âge sont deux caractéristiques qui entrent souvent en jeu lorsque des patients évaluent la qualité des soins offerts. Les personnes qui sont en meilleure santé et les personnes plus âgées ont tendance à donner une meilleure évaluation des soins de santé reçus. Le niveau d'éducation peut également avoir un effet sur l'évaluation des soins, par exemple les personnes les plus éduquées donnant une évaluation inférieure. Sans ajustements, les différences entre les résultats pourraient être attribuables aux différences de clientèle plutôt qu'à de véritables différences de qualité. Une évaluation doit être faite afin de déterminer s'il est nécessaire d'ajuster les données afin de tenir compte des différences dans les groupes clients.

Les indicateurs de l'expérience vécue par le patient peuvent être influencés par l'âge, le sexe, la langue, le niveau d'éducation et l'auto-évaluation de la santé. Les résultats du sondage CSNB sur les soins offerts aux patients n'ont pas été ajustés pour ces

caractéristiques puisque les ajustements en fonction des groupes clients sont introduits principalement lorsqu'il faut comparer les hôpitaux entre eux. Étant donné que l'objectif du rapport sur les indicateurs de l'expérience vécue par le patient, au niveau des hôpitaux, était de comparer les résultats des hôpitaux à la moyenne provinciale et, afin de faciliter l'analyse des tendances au fil du temps plutôt que de comparer les hôpitaux entre eux, il fut décidé que ces ajustements n'étaient pas nécessaires.

De plus, afin de permettre des comparaisons avec d'autres régions nord-américaines utilisant le même genre de sondage, des ajustements en fonction des groupes clients n'ont pas été effectués. À des fins de comparabilité, la décision fut prise d'adopter une méthodologie semblable.

8. TESTS DE FIABILITÉ ET DE VALIDITÉ



Dans cette section, la fiabilité et la validité de l'instrument de sondage sont évaluées par des tests psychométriques communs qui mesurent l'exactitude et la généralisation des résultats. La *fiabilité* désigne la cohérence ou la reproductibilité de l'instrument ou à quel point les résultats d'un sondage sont sans erreur aléatoire. Plus fiable est l'instrument, mieux il reflète l'opinion réelle du patient et mieux il illustre les différences d'expérience et de satisfaction entre patients. La *validité* désigne à quel point l'instrument mesure ce qu'elle est censée mesurer ou, à quel point les résultats de l'instrument sont affectés par les sources d'erreur aléatoire et d'erreur systématique.

À moins d'indication contraire, tous les résultats d'analyse des indicateurs *composites* dans la section 8 sont fondés uniquement sur les répondants ayant des valeurs non manquantes pour *toutes* les questions incluses dans cet indicateur composite. En d'autres mots, les répondants n'ayant pas répondu à au moins une question incluse dans un indicateur sont exclus du calcul du score composite de cet indicateur.

Il convient de noter que les résultats du rapport public sont fondés sur des scores d'indicateurs composites au niveau agrégé tandis que les analyses statistiques (dont la corrélation et la régression) dans la section 8 sont fondées sur des scores d'indicateurs composites calculés au niveau des répondants. La version 9.2 de SAS a été utilisée pour les analyses présentées dans cette section.

8.1 Évaluation de l'équivalence entre la version française et anglaise

Puisque le Nouveau-Brunswick est une province officiellement bilingue, chaque patient qui a reçu le questionnaire par envoi postal pouvait choisir de répondre soit en français ou en anglais. Dans cette section, des comparaisons sont faites entre les réponses à la version française et les réponses à la version anglaise.

Les répondants à la version anglaise du questionnaire représentent 75,5 % (4 057) de tous les sondages complétés alors que les répondants à la version française représentent 24,5 % (1 314).

Les analyses des sections suivantes comprennent les caractéristiques des répondants, la distribution des réponses aux questions, la cohérence interne comme mesure de fiabilité, la corrélation entre les réponses aux questions et le score de

l'indicateur composite qui contient ces questions, et la relation entre le score de l'indicateur composite et l'évaluation globale de l'hôpital.

8.1.1 Caractéristiques des répondants

Moins d'un tiers des répondants à la version française du questionnaire (31 %) ont répondu que leur santé en général est « passable » ou « mauvaise » comparativement à 37 % des répondants à la version anglaise (tableau 1).

Tableau 1: Caractéristiques des répondants à la version française et anglaise du sondage

<i>Caractéristique</i>	<i>Version française</i>	<i>Version anglaise</i>	<i>Chi-carré (p)</i>
Auto-évaluation de la santé (Q45)	<i>n</i> = 1 274	<i>n</i> = 3 920	38,17
Excellente	9,11 %	5,10 %	(<0,01)
Très bonne	21,35 %	21,96 %	
Bonne	38,23 %	35,84 %	
Passable	25,59 %	28,98 %	
Mauvaise	5,73 %	8,11 %	
Auto-évaluation de la santé mentale (Q46)	<i>n</i> = 1 264	<i>n</i> = 3 907	47,97
Excellente	26,19 %	17,89 %	(<0,01)
Très bonne	29,19 %	31,81 %	
Bonne	32,36 %	34,12 %	
Passable	10,84 %	13,41 %	
Mauvaise	1,42 %	2,76 %	
Groupe d'âge	<i>n</i> = 1 314	<i>n</i> = 4 057	20,67
Moins de 45	11,95 %	9,10 %	(<0,01)
45 à 64	38,51 %	34,63 %	
65 et plus	49,54 %	56,27 %	
Sexe	<i>n</i> = 1 314	<i>n</i> = 4 057	0,14
Homme	45,51 %	46,09 %	(0,71)
Femme	54,49 %	53,91 %	

Expérience vécue par le patient dans les hôpitaux du Nouveau-Brunswick
Résultats du sondage 2010 sur les soins aigus – Annexe technique

Caractéristique	<i>Version française</i>	<i>Version anglaise</i>	Chi-carré (p)
Niveau d'éducation (Q47)	<i>n</i> = 1 246	<i>n</i> = 3 855	222,48
8 ^e année ou moins	37,24 %	18,63 %	(<0,01)
École secondaire, mais je n'ai pas reçu mon diplôme	13,56 %	18,86 %	
École secondaire ou test d'équivalence d'études secondaires	14,93 %	24,46 %	
Diplôme / Certificat d'un collège, d'une école de métier ou d'une école technique	21,27 %	27,13 %	
Diplôme universitaire de premier cycle	8,19 %	5,21 %	
Diplôme universitaire de deuxième cycle / Études supérieures	4,82 %	5,71 %	
Autochtone (Q49)	<i>n</i> = 1 233	<i>n</i> = 3 821	0,58
Oui	1,95 %	1,62 %	(0,44)
Non	98,05 %	98,38 %	
Langue parlée principalement à la maison est le français ou l'anglais (Q48)	<i>n</i> = 1 298	<i>n</i> = 3 959	1,13
Même langue que le sondage	93,14 %	92,25 %	(0,29)
Pas la même langue que le sondage	6,86 %	7,75 %	
Le choix de la langue de service est le français ou l'anglais (Q50)	<i>n</i> = 1 286	<i>n</i> = 3 949	2,19
Même langue que le sondage	94,79 %	95,77 %	(0,14)
Pas la même langue que le sondage	5,21 %	4,23 %	

Une plus grande proportion des répondants à la version française ont répondu que leur santé mentale ou émotionnelle en général est « excellente » (26 %) comparativement à 18 % chez les répondants à la version anglaise.

Comparativement aux répondants à la version anglaise, les répondants à la version française sont plus jeunes (50,5 % des répondants avaient moins de 65 ans alors que 43,7 % des répondants à la version anglaise avaient moins de 65 ans) et ont un niveau d'éducation moins élevé (37 % des répondants à la version française avaient un niveau d'éducation de « 8^e année ou

moins » alors que 19 % des répondants à la version anglaise sont dans cette catégorie).

Les différences entre les répondants à la version française et à la version anglaise du questionnaire qui ne *sont pas* statistiquement significatives incluent le sexe, les personnes s'identifiant comme autochtone et, si la langue parlée à la maison ou le choix de la langue de service est celle choisie par les répondants pour répondre au questionnaire.

8.1.2 Distribution des réponses aux questions

La moyenne et l'écart-type pour chaque question et score de l'indicateur composite ont été comparés entre les répondants des versions française et anglaise.

Les répondants à la version française avaient un score de l'indicateur composite significativement plus élevé pour la *communication avec les médecins*, la *réactivité du personnel*, les *informations au moment de la sortie*, le *contrôle de la douleur*, et la *transition de soins après la sortie de l'hôpital*. Les répondants à la version française avaient un score significativement plus élevé pour les questions individuelles telles que la *tranquillité pendant la nuit*, l'*évaluation globale de l'hôpital*, et la *volonté du patient à recommander*. Les répondants à la version anglaise avaient un score significativement plus élevé pour les questions individuelles telles que la *sécurité du patient* et l'*équité basée sur le choix de la langue de service*.

La tendance par rapport au score moyen était semblable pour les répondants des deux groupes linguistiques pour les scores de l'indicateur ayant l'échelle de réponse « jamais / parfois / habituellement / toujours ». Le score maximal a été obtenu, à la fois pour les répondants à la version française et à la version anglaise, pour la *communication avec les médecins* et l'*équité basée sur le choix de la langue de service*. À la fois pour les répondants à la version française et à la version anglaise, la *communication avec les infirmières* et le *contrôle de la douleur* sont au deuxième rang.

À la fois en français et en anglais, la *réactivité du personnel* et la *propreté* sont au troisième rang. Enfin, un score minimal, à la fois en français et en

anglais, a été enregistré pour la *communication sur les médicaments* et la *tranquillité pendant la nuit*.

8.1.3 La cohérence interne comme mesure de fiabilité

Le coefficient de cohérence interne donne une estimation de la variance systématique des scores de l'indicateur composite. Le plus connu et utilisé est le coefficient Alpha de Cronbach¹⁰ qui a d'ailleurs été utilisé dans ce rapport comme mesure de fiabilité de l'instrument de sondage. Un coefficient Alpha de Cronbach de 0,60 ou supérieur démontre une bonne fiabilité; c'est le seuil normalement accepté¹¹ même s'il est fortement recommandé, dans la plupart des cas, qu'il soit supérieur à 0,70.

Pour tous les indicateurs composites, sauf la *réactivité du personnel*, les différences entre les coefficients Alpha des répondants à la version française et anglaise étaient minimes, de 0,02 à 0,04.

La tendance par rapport à l'amplitude des coefficients Alpha de Cronbach était semblable pour les groupes linguistiques, sauf pour la *réactivité du personnel* où le coefficient Alpha des répondants à la version anglaise était significativement plus élevé que pour les répondants à la version française (0,75 et 0,48 respectivement). Cette différence pourrait être attribuable à des différences culturelles et aux attentes des répondants par rapport à la rapidité avec laquelle le personnel hospitalier devrait réagir lorsqu'un patient a besoin d'aide. D'autres recherches devront être entreprises pour explorer du côté linguistique cette dimension des soins.

Les indicateurs composites ayant obtenu les coefficients Alpha les plus élevés, à la fois pour les répondants à la version française et à la version anglaise sont la *communication avec les infirmières*, la *communication avec les médecins*, le *contrôle de la douleur* et la *transition de soins après la sortie de l'hôpital*.

8.1.4 Corrélation entre les réponses aux questions et le score de l'indicateur composite qui contient ces questions

Il est entendu qu'une question du sondage représente bien l'indicateur composite auquel elle appartient si le score de cette question a une corrélation d'au moins 0,40 avec le score de l'indicateur composite, et a une corrélation plus élevée avec le score de son indicateur composite que le

score des autres indicateurs composites¹². La corrélation de chaque question avec le score de son indicateur composite a été calculée et corrigée en fonction du chevauchement en éliminant la question individuelle du calcul du score total de l'indicateur composite¹³.

Les versions française et anglaise de l'outil de sondage démontrent une tendance semblable quoique non identique par rapport à la corrélation entre les réponses aux questions et le score de l'indicateur composite qui contient ces questions. Les corrélations les plus élevées ont été enregistrées pour la *communication avec les infirmières*, la *communication avec les médecins* et le *contrôle de la douleur*, à la fois pour les répondants aux versions française et anglaise. Les questions incluses dans l'indicateur composite des *informations au moment de la sortie* avaient une corrélation plus faible à la fois en français et en anglais.

Pour tous les indicateurs composites, sauf la *réactivité du personnel*, les différences entre les corrélations en français et en anglais étaient minimales, de 0,01 à 0,07.

À la fois pour les répondants en français et en anglais, la question « besoin d'aide en appuyant sur le bouton d'appel » de l'indicateur composite de la *réactivité du personnel* démontrait une corrélation plus élevée avec l'indicateur composite de *communication avec les infirmières* qu'avec l'indicateur composite auquel elle appartient. Cela a également été noté dans la littérature de recherche pour un instrument de sondage semblable qui a été mise en œuvre dans le cadre d'un projet pilote aux États-Unis⁷ et dont la comparaison a été faite entre la version espagnole et anglaise du sondage.

Chez les répondants à la version française, la question « besoin d'aide en appuyant sur le bouton d'appel » de l'indicateur composite de la *réactivité du personnel* démontrait également une corrélation plus élevée avec l'indicateur composite du *contrôle de la douleur* qu'avec l'indicateur composite auquel elle appartient, et la question « besoin d'aide pour se rendre à la salle de bain » de l'indicateur composite de la *réactivité du personnel* démontrait une plus grande corrélation avec l'indicateur composite de *communication avec les infirmières*.

8.1.5 Corrélation entre l'évaluation globale de l'hôpital et chaque indicateur composite

La relation entre chaque score composite et l'évaluation globale de l'hôpital est une mesure habituelle de la validité d'un sondage. Pour chacun des indicateurs composites, la corrélation pour les répondants à la version française est moins élevée que celle obtenue pour les répondants à la version anglaise.

L'indicateur composite le plus fortement corrélé avec l'évaluation globale de l'hôpital, à la fois pour les répondants à la version française et anglaise, est la *communication avec les infirmières*. Des corrélations élevées ont également été obtenues, à la fois en français et en anglais, pour la *communication avec les médecins*, la *communication sur les médicaments*, la *réactivité du personnel*, et le *contrôle de la douleur*. Des corrélations moins élevées avec l'évaluation globale de l'hôpital, à la fois en anglais et en français, ont été obtenues pour les *informations au moment de la sortie* et la *transition de soins après la sortie de l'hôpital*.

La tendance de la relation entre le score de l'indicateur composite et l'évaluation globale de l'hôpital est très semblable dans les deux versions linguistiques et ressemble à celle observée dans la littérature de recherche d'un instrument de sondage similaire (comparaison entre un sondage espagnol et anglais) effectué dans le cadre d'un projet pilote aux États-Unis⁷.

8.2 Mesures de la qualité des indicateurs composites HCAHPS

Dans cette section, les propriétés de mesure incluent la cohérence interne comme mesure de fiabilité, la corrélation entre les réponses aux questions et le score de l'indicateur composite qui contient ces questions, et la relation entre le score de l'indicateur composite et l'évaluation globale de l'hôpital. Ces analyses ont été effectuées pour les deux versions combinées (français et anglais), soit 5 371 réponses.

Le coefficient Alpha de Cronbach le plus élevé parmi les indicateurs composites HCAHPS est obtenu pour la *communication avec les médecins* et la *communication avec les infirmières* (0,84), suivi du *contrôle de la douleur* (0,80), la *communication sur les médicaments* (0,72), et la *réactivité du personnel* (0,68). Cette mesure de fiabilité est décrite dans la section 8.1.3. L'*environnement physique* (0,52) et les

informations au moment de la sortie (0,49) avaient les coefficients Alpha de Cronbach les moins élevés parmi les indicateurs composites HCAHPS.

Les scores des deux questions de l'indicateur composite de *l'environnement physique* sont indiqués séparément dans le rapport public alors que les résultats liés à l'indicateur des *informations au moment de la sortie* sont indiqués comme étant un score composite. Même si les coefficients Alpha sont moins élevés que le seuil acceptable de 0,60, ils se comparent favorablement à la cohérence interne comme mesure de fiabilité qui existe dans la littérature de recherche pour un instrument HCAHPS semblable utilisé lors d'un projet pilote aux États-Unis⁴.

Devant l'importance de transmettre les instructions appropriées pour assurer une transition réussie entre l'hôpital et la maison et, afin de permettre des comparaisons avec d'autres régions nord-américaines utilisant un outil de sondage similaire, une méthodologie semblable a été privilégiée et les résultats sur l'indicateur des *informations au moment de la sortie* ont été indiqués comme un score composite dans le rapport public.

Les corrélations entre les réponses aux questions et le score de l'indicateur composite qui contient ces questions pour les indicateurs composites HCAHPS ont été calculées en utilisant tous les répondants. Cette mesure est décrite dans la section 8.1.4. La plupart des questions HCAHPS avaient une corrélation plus élevée avec l'indicateur qui contient cette question qu'avec les autres indicateurs HCAHPS. La question « besoin d'aide en appuyant sur le bouton d'appel » de l'indicateur composite de la *réactivité du personnel* a démontré une plus forte corrélation avec l'indicateur composite de *communication avec les infirmières* qu'avec l'indicateur composite auquel elle appartient. Cela a également été observé dans la littérature de recherche pour un instrument de sondage HCAHPS semblable utilisé lors d'un projet pilote aux États-Unis⁷. La question « besoin d'aide pour se rendre à la salle de bain » a démontré une corrélation plus élevée avec l'indicateur composite du *contrôle de la douleur* qu'avec l'indicateur composite auquel elle appartient.

Les corrélations entre les indicateurs composites HCAHPS et l'évaluation globale de l'hôpital ont également été calculées pour tous les répondants. Cinq (5) des six (6) scores composites HCAHPS avaient une corrélation élevée avec l'évaluation globale de l'hôpital, de 0,42 à 0,64. Parmi les indicateurs composites HCAHPS, la *communication avec les infirmières* (0,64) et la *réactivité du personnel* (0,61) sont les plus fortement corrélés avec l'évaluation globale de l'hôpital alors que l'indicateur

composite des *informations au moment de la sortie* démontre la corrélation la plus faible (0,26).

8.3 Mesures de la qualité de l'indicateur composite MTS-3

Dans cette section, les propriétés de mesure incluent la cohérence interne comme mesure de la fiabilité et la relation entre le score de l'indicateur composite et l'évaluation globale de l'hôpital. Les analyses ont été effectuées pour les deux versions combinées (français et anglais), soit 5 371 réponses.

L'indicateur composite MTS-3 a un coefficient Alpha de Cronbach de 0,83 pour tous les répondants. Cette mesure de fiabilité est décrite dans la section 8.1.3. La corrélation entre l'indicateur composite MTS-3 et l'évaluation globale de l'hôpital pour tous les répondants est passablement élevée (0,38).

8.4 Propriétés de mesure des questions individuelles et contributions à la prédiction de l'évaluation globale de l'hôpital

Les analyses de régression peuvent démontrer jusqu'à quel point les scores des indicateurs de l'expérience des soins peuvent prédire la note que les patients attribuent à la qualité globale des soins. Dans cette section, un modèle de « scores de réponse » pour chaque question a été conçu, ce qui permet de faire des analyses de corrélation et de régression. Les détails du modèle se trouvent à l'**annexe I**.

La relation entre les questions individuelles non incluses dans un score composite et l'évaluation globale de l'hôpital a également été examinée. Ces questions individuelles portent sur l'expérience vécue par le patient en milieu hospitalier, dont la *propreté*, la *tranquillité pendant la nuit*, le *processus d'admission*, la *sécurité du patient*, la *qualité de la nourriture*, les *soins axés sur le client et la famille*, le *processus de sortie de l'hôpital*, et l'*équité basée sur le choix de la langue de service*.

Les corrélations entre les questions/composites et l'évaluation globale de l'hôpital, et les contributions individuelles des indicateurs au modèle de prédiction de l'évaluation globale de l'hôpital sont illustrées et décrites à l'**annexe J**. Les questions de l'indicateur composite HCAHPS des *informations au moment de la sortie* sont considérées séparément pour les analyses dans cette section, ainsi que les questions de l'indicateur composite HCAHPS de la *réactivité du personnel*.

Un modèle de régression linéaire a été utilisé pour les 15 indicateurs composites et individuelles de l'**annexe J** qui avaient une corrélation élevée avec l'évaluation globale de l'hôpital, et ce, afin de déterminer la contribution individuelle de chaque indicateur (séparément de tous les autres indicateurs) au modèle de prédiction de l'évaluation globale de l'hôpital.

Le coefficient R^2 du modèle de régression était de 42 % pour l'indicateur de la *communication avec les infirmières*, ce qui démontre que cet indicateur contribue de façon significative à la prédiction de l'évaluation globale de l'hôpital. Deux nouveaux indicateurs composites, la *culture globale de la sécurité du patient* et les *soins axés sur le client et la famille* représentent respectivement 30 % et 29 % de la variance de l'évaluation globale de l'hôpital. Le coefficient R^2 du modèle de régression pour les deux questions individuelles qui représentent la réactivité du personnel, soient « besoin d'aide en appuyant sur le bouton d'appel » et « besoin d'aide pour se rendre à la salle de bain » était 27 % et 23 % respectivement. L'indicateur composite du *contrôle de la douleur* a également contribué de façon importante puisqu'il représente 27 % de la variance de l'évaluation globale de l'hôpital.

Une analyse de régression linéaire multivariée a permis de mesurer la contribution cumulative des 15 indicateurs à la prédiction de l'évaluation globale de l'hôpital. Aucune des variables incluses dans le modèle ne devait avoir des valeurs non manquantes. Cela pose un problème puisque : (1) aucune méthode d'imputation n'a été utilisée pour remplacer les valeurs manquantes, (2) le pourcentage des valeurs manquantes est passablement élevé pour certaines questions HCAHPS « filtrées », et (3) certains indicateurs composites ont un plus grand nombre de valeurs manquantes, car ils sont basés uniquement sur les répondants ayant des valeurs non manquantes pour *toutes* les questions individuelles dans cet indicateur composite.

Il en résulte que cet ensemble de données est trop restreint pour un modèle de régression ayant 15 indicateurs comme variables explicatives. En particulier, à moins qu'une méthode d'imputation ne soit appliquée, le nombre total de répondants admissibles pour le modèle de régression est trop petit. De plus, une analyse plus poussée des données démontre que même si une méthode d'imputation était utilisée pour remplacer les valeurs manquantes, il y en résulterait encore trop peu de répondants admissibles pour le modèle de régression. Cela indique que plusieurs

répondants ont au moins une valeur manquante, soit pour l'évaluation globale de l'hôpital ou pour une des questions individuelles incluses dans un des 15 indicateurs.

Une méthode d'imputation simple a donc été utilisée pour augmenter le nombre de répondants admissibles au modèle de régression : pour chacun des huit (8) indicateurs composites de **l'annexe J**, un score composite a été calculé pour les répondants si au moins une des questions individuelles incluses dans l'indicateur composite avait une réponse non manquante.

L'indicateur composite de la *communication avec les infirmières* sera utilisé ici pour décrire cette méthode d'imputation. Cet indicateur renferme trois (3) questions individuelles (Q5, Q6 et Q7). Si toutes les trois questions ont une réponse non manquante, le score composite au niveau du répondant est la moyenne des trois scores des questions individuelles. Si toutes les trois questions ont une réponse manquante, le score composite au niveau du répondant est considéré comme manquant. Finalement, si un ou deux des scores des trois questions individuelles sont manquants, alors le score composite au niveau des répondants est la moyenne des valeurs non manquantes.

De cette manière, la valeur manquante au niveau du répondant a été remplacée par la moyenne des valeurs non manquantes de ce répondant. Puisque ces indicateurs composites sont considérés comme étant fiables en démontrant une bonne cohérence interne, la décision fut prise de remplacer les réponses manquantes aux questions individuelles en utilisant les réponses appartenant à d'autres questions fortement corrélées.

Cette approche a permis de développer un modèle de régression multivariée en ayant suffisamment de répondants, donc permettant d'utiliser les 15 indicateurs comme variables explicatives.

Plusieurs modèles de régression multivariée ont été développés et examinés. D'abord, seuls les indicateurs HCAHPS ont été choisis pour mesurer la contribution cumulative pour la prédiction de l'évaluation globale de l'hôpital. Ces 10 indicateurs HCAHPS sont la *communication avec les infirmières*, la *communication avec les médecins*, le *contrôle de la douleur*, la *communication sur les médicaments*, la *réactivité du personnel au besoin d'aide lorsque le patient appuie sur le bouton d'appel*, la *réactivité du personnel au besoin d'aide lorsque le patient doit se rendre à la salle de bain*, la *propreté*, la *tranquillité pendant la nuit*, les *besoins du patient*

après la sortie de l'hôpital, et les informations écrites distribuées au patient lors de la sortie de l'hôpital. D'après le coefficient R^2 du modèle de régression, ces indicateurs de l'expérience vécue par le patient représentent 57,8 % de la variance de l'évaluation globale de l'hôpital.

Un autre modèle de régression a été développé avec les 15 indicateurs mis en évidence dans l'**annexe J**. Une approche a été utilisée dans laquelle le modèle était uniquement basé, dans un premier temps, sur la *communication avec les infirmières* puisque cet indicateur était le principal contributeur individuel à la prédiction de l'évaluation globale de l'hôpital (41,6 %). Ensuite, l'indicateur de la *culture globale de la sécurité du patient*, qui avait la deuxième plus importante contribution individuelle (29,7 %), a été ajouté au modèle. Ensemble, ces deux indicateurs de l'expérience vécue par le patient représentent 46,0 % de la variance de l'évaluation globale de l'hôpital. Finalement, les 15 indicateurs ont été ajoutés au modèle, un à la fois selon le même processus.

Cette approche offre un aperçu qui permet de déterminer jusqu'à quel point les contributions supplémentaires peuvent améliorer la prédiction de l'évaluation globale de l'hôpital, en comparant les changements au coefficient R^2 du modèle de régression après avoir ajouté un indicateur. Sur l'ensemble, les 15 indicateurs de l'expérience vécue par le patient représentent 61,6 % de la variance de l'évaluation globale de l'hôpital. En fait, si seulement cinq (5) indicateurs sont choisis (la *communication avec les infirmières*, la *culture globale de la sécurité du patient*, la *réactivité du personnel au besoin d'aide lorsque le patient appuie sur le bouton d'appel*, la *réactivité du personnel au besoin d'aide lorsque le patient doit se rendre à la salle de bain*, et le *contrôle de la douleur*), basé sur les indicateurs où l'augmentation du coefficient R^2 est supérieur à 5 %, la contribution à la prédiction de l'évaluation globale de l'hôpital est de 55,7 %.

Les résultats du sondage de l'expérience vécue par le patient dans les hôpitaux du Nouveau-Brunswick indiquent que ces cinq (5) indicateurs sont fondamentaux dans toute stratégie visant à améliorer l'évaluation globale de l'hôpital. Puisque les indicateurs de la *réactivité du personnel au besoin d'aide lorsque le patient appuie sur le bouton d'appel* et la *réactivité du personnel au besoin d'aide lorsque le patient doit se rendre à la salle de bain* se retrouvent dans la catégorie de la *réactivité du personnel*, il y a essentiellement quatre dimensions d'expérience vécue par le patient dans le secteur des soins aigus qui peuvent avoir une incidence sur la perspective du patient au niveau de l'évaluation globale de l'hôpital: la

communication avec les infirmières, la culture globale de la sécurité du patient, la réactivité du personnel et le contrôle de la douleur.

Enfin, des variables de type « confusionnelles », telles que l'auto-évaluation de la santé, l'âge, le sexe, le niveau d'éducation et la langue parlée principalement à la maison, ont été ajoutées au modèle existant (15 indicateurs) afin de déterminer si des contributions additionnelles pouvaient améliorer la prédiction de l'évaluation globale de l'hôpital. Une fois de plus, les changements au coefficient R^2 du modèle de régression après avoir ajouté une variable « confusionnelle » ont été notés. Aucune des variables « confusionnelles » n'a eu une influence significative additionnelle sur l'évaluation globale de l'hôpital, puisque l'augmentation du coefficient R^2 pour chacune de ces variables était de moins de 1 %.

8.5. Conclusion

De façon générale, les résultats des tests psychométriques démontrent que les mesures de fiabilité et de validité des versions françaises et anglaises des instruments de sondage sont comparables. Malgré les différences dans les caractéristiques des répondants à la version française et anglaise, les données probantes issues de l'analyse des résultats indiquent que les versions française et anglaise du sondage peuvent être considérées comme étant équivalentes.

Les propriétés de mesure des scores composites et des réponses aux questions individuelles ont été examinées. Les tests psychométriques des indicateurs composites HCAHPS ont démontré des tendances semblables à celles déjà notées dans la littérature de recherche existante. Selon les résultats de ce sondage, les indicateurs de l'expérience vécue par le patient dans les hôpitaux du Nouveau-Brunswick appartenant à l'outil HCAHPS représentent 57,8 % de la variance de l'évaluation globale de l'hôpital. Un sondage est considéré comme étant bien conçu si les questions représentent 50 % ou plus de la variance dans les évaluations globales de la qualité¹⁴.

Même si l'indicateur composite MTS-3 ne contribue pas de façon significative à la prédiction de l'évaluation globale de l'hôpital lorsqu'il est ajouté aux indicateurs HCAHPS, cette mesure demeure indispensable pour évaluer la priorité accordée au patient et la coordination des soins. Des améliorations apportées à la transition de soins au moment de la sortie de l'hôpital peuvent influencer sur l'évaluation globale de l'hôpital (la contribution individuelle de l'indicateur MTS-3 étant évaluée à 14,7 %)

mais pas au même point que les services infirmiers captés par les indicateurs HCAHPS.

D'autres questions qui ne sont pas incluses dans les indicateurs HCAHPS ou MTS-3 pourraient contribuer de façon significative à la prédiction de l'évaluation globale de l'hôpital, dont le processus d'admission, la culture globale de la sécurité du patient, la qualité de la nourriture, les soins axés sur le client et la famille et, dans quelle mesure le congé de l'hôpital est coordonné. En ajoutant ces questions aux indicateurs HCAHPS et MTS-3, le sondage rapporte des indicateurs sur l'expérience vécue par le patient qui représentent 61,6 % de la variance de l'évaluation globale de l'hôpital.

Les données probantes issues des analyses présentées dans cette annexe technique attestent que le sondage sur l'expérience vécue par le patient dans les hôpitaux du Nouveau-Brunswick est un instrument valide et est un outil puissant qui permet d'évaluer la qualité globale des soins en milieu hospitalier. Des indicateurs de l'expérience vécue par le patient peuvent être développés pour plusieurs dimensions de soins et, lorsqu'ils sont présentés de façon claire et concise au public et aux parties intéressées, la reconnaissance de ces indicateurs constitue une approche pratique et utile pour illustrer les principaux secteurs prioritaires au niveau de la province, des régions régionales de la santé et des hôpitaux.

Des indicateurs composites potentiels ont été développés pour les questions sur le processus d'admission, la culture globale de la sécurité du patient et les soins axés sur le client et la famille, et ces nouveaux indicateurs ont démontré une bonne cohérence interne comme mesure de fiabilité même s'ils n'ont pas subi de tests rigoureux dans le cadre d'une analyse factorielle.

Quant aux indicateurs de l'expérience vécue additionnels non représentés par HCAHPS ou MTS-3, l'indicateur de la *culture globale de la sécurité du patient* contribue de la façon la plus significative à l'évaluation globale de l'hôpital. En fait, les analyses dans ce rapport suggèrent que la culture globale de la sécurité du patient devrait être considérée comme un des quatre facteurs ayant la plus grande influence sur l'évaluation globale de l'hôpital dans le secteur des soins aigus, et ce, du point de vue du patient. Les quatre facteurs fondamentaux qui peuvent influencer l'évaluation de l'hôpital sont la *communication avec les infirmières*, la *culture globale de la sécurité du patient*, la *réactivité du personnel* et le *contrôle de la douleur*.

La dimension de la culture globale de la sécurité du patient est un élément important de la qualité des soins dans un hôpital. Le CSNB, qui a le mandat de mesurer, surveiller et évaluer la qualité des services de santé, produira un rapport uniquement sur la sécurité des patients, en effectuant des analyses plus approfondies des renseignements captés par les répondants du sondage et en effectuant des études qui n'ont pas été prises en considération dans le cadre de cette annexe technique.



9. RÉFÉRENCES

1. Goldstein E, Farquhar M, Crofton C, Darby C, Garfinkel S. Measuring hospital care from the patients' perspective: an overview of the CAHPS hospital survey development process. *HSR: Health Services Research*. 2005; 40 (6, Part II): 1977-1995.
2. Sofaer S, Crofton C, Goldstein E, Hoy E, Crabb J. What do consumers want to know about the quality of care in hospitals? *HSR: Health Services Research*. 2005; 40 (6, Part II): 2018-2036.
3. Levine RE, Fowler FJ, Brown JA. Role of cognitive testing in the development of the CAHPS hospital survey. *HSR: Health Services Research*. 2005; 40 (6, Part II): 2037-2056.
4. Keller S, O'Malley AJ, Hays RD, Matthew RA, Zaslavsky AM, Hepner KA, Cleary PD. Methods used to streamline the CAHPS hospital survey. *HSR: Health Services Research*. 2005; 40 (6, Part II): 2057-2077.
5. O'Malley AJ, Zaslavsky AM, Hays RD, Hepner KA, Keller S, Cleary PD. Exploratory factor analyses of the CAHPS hospital pilot survey responses across and within medical, surgical, and obstetric services. *HSR: Health Services Research*. 2005; 40 (6, Part II): 2078-2095.
6. Elliot MN, Edwards C, Angeles J, Hambarsoomians K, Hays RD. Patterns of unit and item nonresponse in the CAHPS hospital survey. *HSR: Health Services Research*. 2005; 40 (6, Part II): 2096-2119.
7. Hurtado MP, Angeles J, Blahut SA, Hays RD. Assessment of the equivalence of the Spanish and English versions of the CAHPS hospital survey on the quality of inpatient care. *HSR: Health Services Research*. 2005; 40 (6, Part II): 2140-2161.
8. O'Malley AJ, Zaslavsky AM, Elliott MN, Zaborski L, Cleary PD. Case-mix adjustment of the CAHPS hospital survey. *HSR: Health Services Research*. 2005; 40 (6, Part II): 2162-2181.
9. Coleman, EA, Mahoney E, Parry C. Assessing the Quality of Preparation for Post-Hospital Care from the Patient's Perspective: The Care Transitions Measure. *Medical Care*. 2005; 43(3):246-255.

10. Cronbach, L. J. Coefficient Alpha and the Internal Structure of Tests. *Psychometrika*. 1951; 16 (3): 297–334.
11. Ghiseli EE, Campbell JP, Zedeck S. (1981). *Measurement Theory for the social sciences*. San Francisco: Freeman.
12. Nunnally, J. C., and I. H. Bernstein. (1994). *Psychometric Theory*. New York:McGraw-Hill.
13. Howard, K.I., and G.G. Forehand. A method for correcting item-total correlations for the effect of relevant item inclusion. *Education and Psychological Measurement*. 1962; 22 (4): 731-735.
14. Drain M, Clark PA. Measuring experience from the patients' perspective: implications for national initiatives. JHQ Online, Jul/Aug 2004, pp.W4-6-W4-16. *National Association for Healthcare Quality*, www.nahq.org/journal.

ANNEXE «A» :



Questionnaire du sondage



Conseil de la santé
du Nouveau-Brunswick

Engager. Évaluer. Informer. Recommander.

VOTRE SÉJOUR À L'HÔPITAL / À L'INSTITUTION

INSTRUCTIONS:

Veillez noircir ● ou cocher ☑ le cercle qui décrit le mieux votre expérience pendant votre séjour à l'hôpital. Si vous le désirez, un(e) soignant(e), un(e) ami(e), ou un membre de votre famille peut remplir le questionnaire en votre nom. Merci!

À VOTRE ARRIVÉE À L'HÔPITAL

1. Avez-vous été :

- O₁ Admis au service d'urgence
- O₂ Admis par un médecin (admission planifiée à l'avance)
- O₃ Admis de façon inattendue après une intervention d'une journée ou un test
- O₄ Autre

2. Dans quelle mesure le processus d'admission était-il organisé?

- O₁ Pas organisé du tout
- O₂ Assez organisé
- O₃ Très organisé

3. Avez-vous dû attendre longtemps pour rien avant qu'on vous amène à votre chambre?

- O₁ Oui, certainement
- O₂ Oui, un peu
- O₃ Non

4. Le personnel de l'hôpital vous a-t-il demandé quels médicaments et suppléments vous preniez à la maison?

- O₁ Oui O₂ Non O₃ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

LES SOINS OFFERTS PAR LES INFIRMIERS ET LES INFIRMIÈRES

5. Pendant ce séjour à l'hôpital, combien de fois les infirmiers et les infirmières vous ont-ils traité avec courtoisie et respect?

- O₁ Jamais O₂ Parfois O₃ Habituellement O₄ Toujours

6. Pendant ce séjour à l'hôpital, combien de fois les infirmiers et les infirmières ont-ils écouté attentivement ce que vous aviez à dire?

- O₁ Jamais O₂ Parfois O₃ Habituellement O₄ Toujours

7. Pendant ce séjour à l'hôpital, combien de fois les infirmiers et les infirmières vous ont-ils expliqué les choses d'une manière que vous pouviez comprendre?

- O₁ Jamais O₂ Parfois O₃ Habituellement O₄ Toujours

8. Pendant ce séjour à l'hôpital, combien de fois avez-vous obtenu de l'aide dès que vous en avez demandé en appuyant sur le bouton d'appel?

- O₁ Jamais O₂ Parfois O₃ Habituellement O₄ Toujours O₅ Je n'ai jamais appuyé sur le bouton d'appel

LES SOINS OFFERTS PAR LES MÉDECINS

9. Pendant ce séjour à l'hôpital, combien de fois les médecins vous ont-ils traité avec courtoisie et respect?

- O₁ Jamais O₂ Parfois O₃ Habituellement O₄ Toujours

10. Pendant ce séjour à l'hôpital, combien de fois les médecins ont-ils écouté attentivement ce que vous aviez à dire?

- O₁ Jamais O₂ Parfois O₃ Habituellement O₄ Toujours

11. Pendant ce séjour à l'hôpital, combien de fois les médecins vous ont-ils expliqué les choses d'une manière que vous pouviez comprendre?

- O₁ Jamais O₂ Parfois O₃ Habituellement O₄ Toujours

L'ENVIRONNEMENT DE L'HÔPITAL

12. Pendant ce séjour à l'hôpital, combien de fois votre chambre et votre salle de bain ont-elles été nettoyées?

- ₁ Jamais ₂ Parfois ₃ Habituellement ₄ Toujours

13. Pendant ce séjour à l'hôpital, combien de fois était-ce tranquille autour de votre chambre la nuit?

- ₁ Jamais ₂ Parfois ₃ Habituellement ₄ Toujours

VOTRE EXPÉRIENCE DANS CET HÔPITAL

14. Pendant ce séjour à l'hôpital, avez-vous eu besoin de l'aide d'une infirmière, d'un infirmier ou d'un autre membre du personnel pour vous rendre à la salle de bain ou pour utiliser le bassin de lit?

- ₁ Oui ₂ Non → **Passez à la question 16**

15. Combien de fois avez-vous eu de l'aide pour vous rendre à la salle de bain ou pour utiliser le bassin de lit dès que vous le vouliez?

- ₁ Jamais ₂ Parfois ₃ Habituellement ₄ Toujours

16. Pendant ce séjour à l'hôpital, avez-vous eu besoin de médicaments contre la douleur?

- ₁ Oui ₂ Non → **Passez à la question 19**

17. Pendant ce séjour à l'hôpital, combien de fois votre douleur a-t-elle été bien contrôlée?

- ₁ Jamais ₂ Parfois ₃ Habituellement ₄ Toujours

18. Pendant ce séjour à l'hôpital, combien de fois le personnel de l'hôpital a-t-il fait tout ce qu'il pouvait pour vous aider à contrôler la douleur?

- ₁ Jamais ₂ Parfois ₃ Habituellement ₄ Toujours

19. Pendant ce séjour à l'hôpital, vous a-t-on donné des médicaments que vous n'aviez jamais pris auparavant?

- ₁ Oui ₂ Non → **Passez à la question 22**

20. Avant de vous donner un nouveau médicament, combien de fois le personnel de l'hôpital vous a-t-il dit à quoi servait le médicament?

- ₁ Jamais ₂ Parfois ₃ Habituellement ₄ Toujours

21. Avant de vous donner un nouveau médicament, combien de fois le personnel de l'hôpital vous a-t-il expliqué les effets secondaires possibles d'une manière que vous pouviez comprendre?

- O₁ Jamais O₂ Parfois O₃ Habituellement O₄ Toujours

À VOTRE SORTIE DE L'HÔPITAL

22. Après votre séjour à l'hôpital, êtes-vous rentré directement à la maison, chez quelqu'un d'autre ou dans un autre établissement de santé?

- O₁ À la maison O₂ Chez quelqu'un d'autre O₃ Dans un autre établissement de santé

→ Passez à la question 25

23. Pendant ce séjour à l'hôpital, les médecins, les infirmiers, les infirmières ou un autre membre du personnel ont-ils discuté avec vous si vous aviez l'aide nécessaire à votre sortie de l'hôpital?

- O₁ Oui O₂ Non

24. Pendant ce séjour à l'hôpital, vous a-t-on remis par écrit des renseignements sur les symptômes ou les problèmes de santé à surveiller une fois sorti(e) de l'hôpital?

- O₁ Oui O₂ Non

ÉVALUATION GLOBALE DE L'HÔPITAL

Veillez répondre aux questions suivantes sur votre séjour à l'hôpital dont le nom figure sur la lettre qui accompagne ce sondage. Il ne faut pas inclure, dans vos réponses, vos impressions de séjour dans d'autres hôpitaux.

25. Sur une échelle de 0 à 10, où 0 signifie le pire hôpital possible et 10 le meilleur hôpital possible, quel chiffre utiliseriez-vous pour évaluer cet hôpital lors de votre séjour?

0 Le pire hôpital possible	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Le meilleur hôpital possible
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

26. Recommanderiez-vous cet hôpital à vos amis et aux membres de votre famille?

- O₁ Certainement pas O₂ Probablement pas O₃ Probablement O₄ Certainement

D'AUTRES QUESTIONS SUR VOTRE SÉJOUR À L'HÔPITAL

27. Est-ce que vous ou un membre de votre famille croyez que vous avez souffert en raison d'une erreur ou d'une faute médicale pendant ce séjour à l'hôpital?

- O₁ Oui O₂ Non O₃ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

Si la réponse à la question 27 est « oui », veuillez donner des détails supplémentaires :

28. D'après vous, est-ce que cet hôpital se préoccupe véritablement de votre sécurité?

- O₁ Oui, certainement O₂ Oui, un peu O₃ Non

29. Vous a-t-on remis une brochure ou d'autres documents écrits concernant la sécurité des patients?

- O₁ Oui O₂ Non O₃ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

30. Un membre du personnel vous a-t-il parlé de la sécurité des patients?

- O₁ Oui O₂ Non O₃ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

31. Avez-vous remarqué si le personnel se lavait ou se désinfectait les mains avant de vous livrer des soins?

- O₁ Oui, toujours O₃ Jamais O₅ Je n'ai pu voir aucune installation pour se laver ou se désinfecter les mains
 O₂ Oui, parfois O₄ Je n'ai pas remarqué

32. Le personnel vérifiait-il votre bracelet d'identité avant de vous donner des médicaments, de procéder à des traitements ou d'effectuer des tests?

- O₁ Oui, toujours O₂ Oui, parfois O₃ Non O₄ Je ne me souviens pas

33. Comment évalueriez-vous la qualité de la nourriture (le goût des aliments, la température au moment du service, la variété)?

- ₁ Mauvaise ₂ Passable ₃ Bonne ₄ Très bonne ₅ Excellente

SOINS AXÉS SUR LE CLIENT ET LA FAMILLE

Pour répondre aux questions suivantes, veuillez penser à la totalité de votre séjour dans cet hôpital.

34. Pensez-vous que les faits concernant votre santé et le plan de traitement vous ont été expliqués entièrement, clairement et d'une manière utile?

- ₁ Oui ₃ Non
- ₂ Parfois ₄ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

35. Les membres de votre famille ou vos proches ont-ils été invités à participer à votre plan de soins et de traitement?

- ₁ Oui ₃ Non
- ₂ Parfois ₄ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

36. Le personnel de l'hôpital m'a consulté ou a consulté ma famille ou soignant(e) pour prendre les décisions concernant mes soins.

- ₁ Fortement en désaccord
- ₂ En désaccord
- ₃ D'accord
- ₄ Fortement d'accord
- ₅ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

37. Le personnel de l'hôpital a tenu compte de mes valeurs culturelles et celles de ma famille ou soignant(e).

- ₁ Fortement en désaccord
- ₂ En désaccord
- ₃ D'accord
- ₄ Fortement d'accord
- ₅ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

38. Le personnel de l'hôpital m'a offert et a offert à ma famille ou soignant(e) des conseils et un soutien émotionnel.

- ₁ Fortement en désaccord
- ₂ En désaccord
- ₃ D'accord
- ₄ Fortement d'accord
- ₅ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

RETOUR À LA MAISON

39. Le personnel de l'hôpital a tenu compte de mes préférences et de celles de ma famille ou soignant(e) pour décider des soins qu'il me faudrait à ma sortie de l'hôpital.

- ₁ Fortement en désaccord
- ₂ En désaccord
- ₃ D'accord
- ₄ Fortement d'accord
- ₅ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

40. À ma sortie de l'hôpital, j'avais une bonne idée de ce dont j'étais responsable pour prendre en charge ma santé.

- ₁ Fortement en désaccord
- ₂ En désaccord
- ₃ D'accord
- ₄ Fortement d'accord
- ₅ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

41. À ma sortie de l'hôpital, je comprenais très bien la raison pour laquelle je devais prendre mes médicaments.

- ₁ Fortement en désaccord
- ₂ En désaccord
- ₃ D'accord
- ₄ Fortement d'accord
- ₅ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

42. Dans quelle mesure était-il important pour vous de participer à la planification de votre sortie de l'hôpital?

- ₁ Pas important du tout
- ₂ Pas très important
- ₃ Je ne suis pas certain(e)
- ₄ Assez important
- ₅ Très important

43. Lorsque vous avez reçu votre congé de l'hôpital, dans quelle mesure votre sortie était-elle organisée?

- ₁ Pas organisée du tout
- ₂ Assez organisée
- ₃ Très organisée
- ₄ Complètement organisée

44. Vous a-t-on dit quel jour il était probable que vous sortiez de l'hôpital?

- O₁ Oui, au cours des deux premiers jours, on m'a dit quel jour je pourrais peut-être quitter l'hôpital
- O₂ Oui, après les deux premiers jours, on m'a dit quel jour je pourrais peut-être quitter l'hôpital
- O₃ Non, on ne m'a pas dit quel jour je pourrais peut-être quitter l'hôpital
- O₄ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

À PROPOS DE VOUS

45. En général, diriez-vous que votre santé est :

- O₁ Excellente
- O₂ Très bonne
- O₃ Bonne
- O₄ Passable
- O₅ Mauvaise

46. En général, diriez-vous que votre santé mentale ou émotionnelle est :

- O₁ Excellente
- O₂ Très bonne
- O₃ Bonne
- O₄ Passable
- O₅ Mauvaise

47. Quel est le niveau d'école ou de scolarité le plus élevé que vous avez complété?

- O₁ 8^e année ou moins
- O₂ École secondaire, mais je n'ai pas reçu mon diplôme
- O₃ École secondaire ou test d'équivalence d'études secondaires
- O₄ Diplôme / Certificat d'un collège, d'une école de métier ou d'une école technique
- O₅ Diplôme universitaire de premier cycle
- O₆ Diplôme universitaire de deuxième cycle / Études supérieures

48. Quelle langue parlez-vous principalement à la maison?

- O₁ Anglais
- O₂ Français
- O₃ Premières nations, Amérindien, Métis ou Inuit
- O₄ Autre _____

49. Êtes-vous Autochtone, c'est-à-dire Indien d'Amérique du Nord, Métis ou Inuit?

- O₁ Oui
- O₂ Non

50. Selon la Loi sur les langues officielles, vous avez le droit d'être servi(e) en français ou en anglais. De ces deux langues, laquelle préférez-vous?

- O₂ Français
- O₁ Anglais

51. Combien de fois avez-vous reçu, à l'hôpital, le service dont vous aviez besoin dans la langue officielle (anglais ou français) de votre choix?

- O₁ Jamais O₂ Parfois O₃ Habituellement O₄ Toujours

52. Si l'anglais ou le français n'est pas votre langue principale, est-ce qu'il y avait à cet hôpital un interprète qui pouvait vous expliquer tout ce que vous deviez savoir concernant vos soins?

- O₁ Oui O₃ Je ne sais pas
 O₂ Non O₄ Je n'avais pas besoin d'un interprète

53. Qui a répondu à ce sondage?

- O₁ Le patient O₂ Quelqu'un d'autre

54. Y a-t-il autre chose que vous aimeriez nous dire au sujet de votre séjour à l'hôpital, ou avez-vous des changements à suggérer qui auraient pu améliorer votre expérience?

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce sondage! Votre participation est grandement appréciée.

Veuillez utiliser l'enveloppe prépayée ci-jointe pour retourner ce questionnaire à:

IPSOS REID CANADA
PO BOX 986 STN MAIN
SAINT JOHN, NB E2L 9Z9

Ce sondage est une adaptation des questionnaires HCAHPS® (Évaluation des fournisseurs et systèmes de soins de santé par les consommateurs des services d'hôpital), MTS (Mesures Transitoires de Soins), et HQC (Conseil de la santé de la Saskatchewan).



ANNEXE «B» :

Questions du sondage regroupées par dimension des soins

Dimension des soins	Source	Questions du sondage
Admission/Inscription	HQC	Q2, Q3, Q4
Communication avec les infirmiers et infirmières	HCAHPS	Q5, Q6, Q7
Communication avec les médecins	HCAHPS	Q9, Q10, Q11
Environnement physique	HCAHPS	Q12, Q13
Réactivité du personnel	HCAHPS	Q8, Q15
Contrôle de la douleur	HCAHPS	Q17, Q18
Communication sur les médicaments	HCAHPS	Q20, Q21
Informations au moment de la sortie	HCAHPS	Q23, Q24
Évaluation globale de l'hôpital	HCAHPS	Q25
Volonté du patient à recommander	HCAHPS	Q26
Sécurité du patient	HQC	Q27, Q28, Q29, Q30, Q31, Q32
Qualité de la nourriture	HQC	Q33
Soins axes sur le client et la famille	HQC/AC	Q34, Q35, Q36, Q37, Q38
Transition de soins après la sortie de l'hôpital	MTS-3	Q39, Q40, Q41
Questions additionnelles sur le congé de l'hôpital	HQC	Q42, Q43, Q44
Équité basée sur le choix de la langue de service	CSNB	Q51

Les autres questions du sondage sont soit des questions « filtres » (Q14, Q16, Q19, Q22), des questions sur les caractéristiques des répondants (Q1, Q45-50, Q52, Q53) et une question ouverte (Q54) qui capte les commentaires et les réactions globales des patients.

HCAHPS®: Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers & Systems

MTS-3: Mesures Transitoires de Soins

HQC: Health Quality Council (Saskatchewan)

AC: Agrément Canada

CSNB: Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick

ANNEXE «C» :



Indicateurs de l'expérience vécue par le patient

Six indicateurs dans le rapport public sont basés sur des questions individuelles du sondage et évaluent un seul aspect de l'expérience des soins :

1. Évaluation globale de l'hôpital

« Sur une échelle de 0 à 10, où 0 signifie le pire hôpital possible et 10 le meilleur hôpital possible, quel chiffre utiliseriez-vous pour évaluer cet hôpital lors de votre séjour? »

Comment est calculé le score de l'indicateur? Le score de l'indicateur est le pourcentage de patients qui ont donné à leur hôpital une note de «8», «9» ou «10» sur une échelle de 0 à 10.

2. Équité basée sur le choix de la langue de service

« Combien de fois avez-vous reçu, à l'hôpital, le service dont vous aviez besoin dans la langue officielle (anglais ou français) de votre choix? »

Comment est calculé le score de l'indicateur? Un score d'indicateur peut être donné pour chaque catégorie de réponse (*Jamais, Parfois, Habituellement, et Toujours*) et pour chaque langue choisie pour le service (français ou anglais). Par exemple, le score associé à «*Toujours*» est le pourcentage de patients ayant indiqué qu'ils reçoivent «*Toujours*» le service dont ils ont besoin dans la langue de leur choix.

3. Propreté

« Pendant ce séjour à l'hôpital, combien de fois votre chambre et votre salle de bain ont-elles été nettoyées? »

Comment est calculé le score de l'indicateur? Le score de l'indicateur est le pourcentage de patients ayant indiqué que leur chambre et leur salle de bain étaient «*Toujours*» propres.

4. Tranquillité pendant la nuit

« Pendant ce séjour à l'hôpital, combien de fois était-ce tranquille autour de votre chambre la nuit? »

Comment est calculé le score de l'indicateur? Le score de l'indicateur est le pourcentage de patients ayant indiqué que c'était «*Toujours*» tranquille autour de leur chambre pendant la nuit.

5. Volonté du patient à recommander

« Recommanderiez-vous cet hôpital à vos amis et aux membres de votre famille? »

Comment est calculé le score de l'indicateur? Le score de l'indicateur est le pourcentage de patients ayant indiqué «*Certainement*», ils recommanderaient cet hôpital à des amis et à leur famille.

6. La sécurité du patient

« Est-ce que vous ou un membre de votre famille croyez que vous avez souffert en raison d'une erreur ou d'une faute médicale pendant ce séjour à l'hôpital? »

Comment est calculé le score de l'indicateur? Le score de l'indicateur est le pourcentage de patients ayant indiqué «Oui», ils croient avoir souffert en raison d'une erreur ou faute médicale.

Les sept autres indicateurs dans le rapport public sont des indicateurs composites et sont basés sur le regroupement de différentes questions comprises dans un indicateur spécifique. Une mesure composite est donc établie en fonction des réponses combinées à deux questions ou plus pour donner un score global.

Les indicateurs composites à questions multiples sont :

1. Contrôle de la douleur

Cet indicateur mesure à quel point le personnel de l'hôpital aide les patients à gérer leur douleur.

« Pendant ce séjour à l'hôpital, combien de fois votre douleur a-t-elle été bien contrôlée? »
« Pendant ce séjour à l'hôpital, combien de fois le personnel de l'hôpital a-t-il fait tout ce qu'il pouvait pour vous aider à contrôler la douleur? »

Comment est calculé le score de l'indicateur? Le score de l'indicateur est le pourcentage de «*Toujours*» parmi toutes les réponses (jamais, parfois, habituellement, toujours) aux deux questions.

2. Communication avec les infirmières

Cet indicateur mesure à quel point les infirmiers et infirmières communiquent bien avec les patients.

« Pendant ce séjour à l'hôpital, combien de fois les infirmiers et les infirmières vous ont-ils traité avec courtoisie et respect? »

« Pendant ce séjour à l'hôpital, combien de fois les infirmiers et les infirmières ont-ils écouté attentivement ce que vous aviez à dire? »

« Pendant ce séjour à l'hôpital, combien de fois les infirmiers et les infirmières vous ont-ils expliqué les choses d'une manière que vous pouviez comprendre? »

Comment est calculé le score de l'indicateur? Le score de l'indicateur est le pourcentage de «*Toujours*» parmi toutes les réponses (jamais, parfois, habituellement, toujours) aux trois questions.

3. Communication avec les médecins

Cet indicateur mesure à quel point les médecins communiquent bien avec les patients.

« Pendant ce séjour à l'hôpital, combien de fois les médecins vous ont-ils traité avec courtoisie et respect? »

« Pendant ce séjour à l'hôpital, combien de fois les médecins ont-ils écouté attentivement ce que vous aviez à dire? »

« Pendant ce séjour à l'hôpital, combien de fois les médecins vous ont-ils expliqué les choses d'une manière que vous pouviez comprendre? »

Comment est calculé le score de l'indicateur? Le score de l'indicateur est le pourcentage de «*Toujours*» parmi toutes les réponses (jamais, parfois, habituellement, toujours) aux trois questions.

4. Réactivité du personnel

Cet indicateur mesure la fréquence à laquelle le personnel de l'hôpital était disponible pour soutenir et aider les patients aussitôt qu'ils désiraient de l'aide.

« Pendant ce séjour à l'hôpital, combien de fois avez-vous obtenu de l'aide dès que vous en avez demandé en appuyant sur le bouton d'appel? »

« Combien de fois avez-vous eu de l'aide pour vous rendre à la salle de bain ou pour utiliser le bassin de lit dès que vous le vouliez? »

Comment est calculé le score de l'indicateur? Le score de l'indicateur est le pourcentage de «Toujours» parmi toutes les réponses (jamais, parfois, habituellement, toujours) aux deux questions.

5. Communication sur les médicaments

Cet indicateur mesure à quel point le personnel de l'hôpital communique bien avec les patients au sujet des médicaments.

« Avant de vous donner un nouveau médicament, combien de fois le personnel de l'hôpital vous a-t-il dit à quoi servait le médicament? »

« Avant de vous donner un nouveau médicament, combien de fois le personnel de l'hôpital vous a-t-il expliqué les effets secondaires possibles d'une manière que vous pouviez comprendre? »

Comment est calculé le score de l'indicateur? Le score de l'indicateur est le pourcentage de «Toujours» parmi toutes les réponses (jamais, parfois, habituellement, toujours) aux deux questions.

6. Informations au moment de la sortie

Cet indicateur mesure à quel point les informations essentielles étaient fournies aux patients au moment de leur sortie de l'hôpital.

« Pendant ce séjour à l'hôpital, les médecins, les infirmiers, les infirmières ou un autre membre du personnel ont-ils discuté avec vous si vous aviez l'aide nécessaire à votre sortie de l'hôpital? »

« Pendant ce séjour à l'hôpital, vous a-t-on remis par écrit des renseignements sur les symptômes ou les problèmes de santé à surveiller une fois sorti(e) de l'hôpital? »

Comment est calculé le score de l'indicateur? Le score de l'indicateur est le pourcentage de «Oui» parmi toutes les réponses (oui, non) aux deux questions.

7. Transition de soins après la sortie de l'hôpital

Cet indicateur évalue à quel point les patients ont été questionnés au sujet de leurs besoins en soins de santé et si les patients sont bien préparés pour le retour à la maison.

« Le personnel de l'hôpital a tenu compte de mes préférences et de celles de ma famille ou soignant(e) pour décider des soins qu'il me faudrait à ma sortie de l'hôpital. »

« À ma sortie de l'hôpital, j'avais une bonne idée de ce dont j'étais responsable pour prendre en charge ma santé. »

« À ma sortie de l'hôpital, je comprenais très bien la raison pour laquelle je devais prendre mes médicaments. »

Le score de l'indicateur est le pourcentage de «*Fortement d'accord*» parmi toutes les réponses (fortement en désaccord, en désaccord, d'accord, fortement d'accord) aux trois questions. Cette mesure de performance est utilisée pour promouvoir l'amélioration de la qualité dans le domaine des soins transitionnels (<http://www.caretransitions.org/>)-anglais seulement

ANNEXE «D» :



Affiche placée dans les hôpitaux et établissements de santé

Sondage sur l'expérience vécue par le patient

VOTRE OPINION EST IMPORTANTE!

Le *Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick* en partenariat avec les régies régionales de la santé ont retenu les services d'*Ipsos Reid* pour effectuer un sondage sur l'expérience vécue par le patient.

Si vous êtes un(e) patient(e) hospitalisé(e) au Nouveau-Brunswick entre le 1^{er} novembre 2009 et le 31 janvier 2010, vous pourriez être sélectionné(e) pour remplir un sondage, via la poste, à propos des soins hospitaliers reçus.

Ces sondages seront postés entre janvier et mars 2010.
Vos réponses demeureront confidentielles.

Les résultats du sondage aideront à améliorer les soins des patients en milieu hospitalier au Nouveau-Brunswick.

Pour enlever votre nom de la liste du sondage ou pour des questions:

1-888-346-6454

Si vous avez des questions ou des inquiétudes, ou encore si **vous ne voulez pas faire partie de la liste d'envoi** du sondage sur l'expérience vécue par le patient, téléphonez au numéro sans frais ci-haut.



New Brunswick Health Council | Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick

Engage. Evaluate. Inform. Recommend.
Engager. Évaluer. Informer. Recommander.

Régie régionale de la santé
Regional Health Authority 



Patient Care Experience Survey

WE VALUE YOUR OPINION!

The *New Brunswick Health Council* is partnering with the regional health authorities to conduct a Patient Care Experience Survey with *Ipsos Reid* as the service provider.

If you are a patient in a hospital in New Brunswick between November 1st, 2009 and January 31st, 2010 you may be selected to complete a mail-out survey about your hospital care experience.

These surveys will be mailed between January and March 2010.

Your responses will be confidential and will help improve patient hospital care in New Brunswick.

Removing Your Name from the Survey List or Questions:

1-888-346-6454

If you have any questions or concerns or if you would **prefer not to take part** in the Patient Care Experience Survey you may call at the toll-free number given above.



Régie régionale de la santé
Regional Health Authority 



ANNEXE «E» :

Feuillet distribué aux patients au moment de l'inscription



Votre opinion est importante! Le *Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick* en partenariat avec la *Régie régionale de la santé A* et le *Réseau de santé Horizon* ont retenu les services d'*Ipsos Reid* pour effectuer un sondage sur l'expérience vécue par le patient.

Si vous êtes un(e) patient(e) hospitalisé(e) au Nouveau-Brunswick entre le 1^{er} novembre 2009 et le 31 janvier 2010, vous pourriez être sélectionné(e) pour remplir un sondage, via la poste, à propos des soins hospitaliers reçus.
Ces sondages seront postés entre janvier et mars 2010.

Vos réponses demeureront confidentielles, et les résultats du sondage aideront à améliorer les soins des patients en milieu hospitalier au Nouveau-Brunswick.

Pour enlever votre nom de la liste du sondage ou pour des questions :
1-888-346-6454

Si vous avez des questions ou des inquiétudes, ou encore si vous ne voulez pas faire partie de la liste d'envoi du sondage sur l'expérience vécue par le patient, téléphonez au numéro sans frais à gauche.

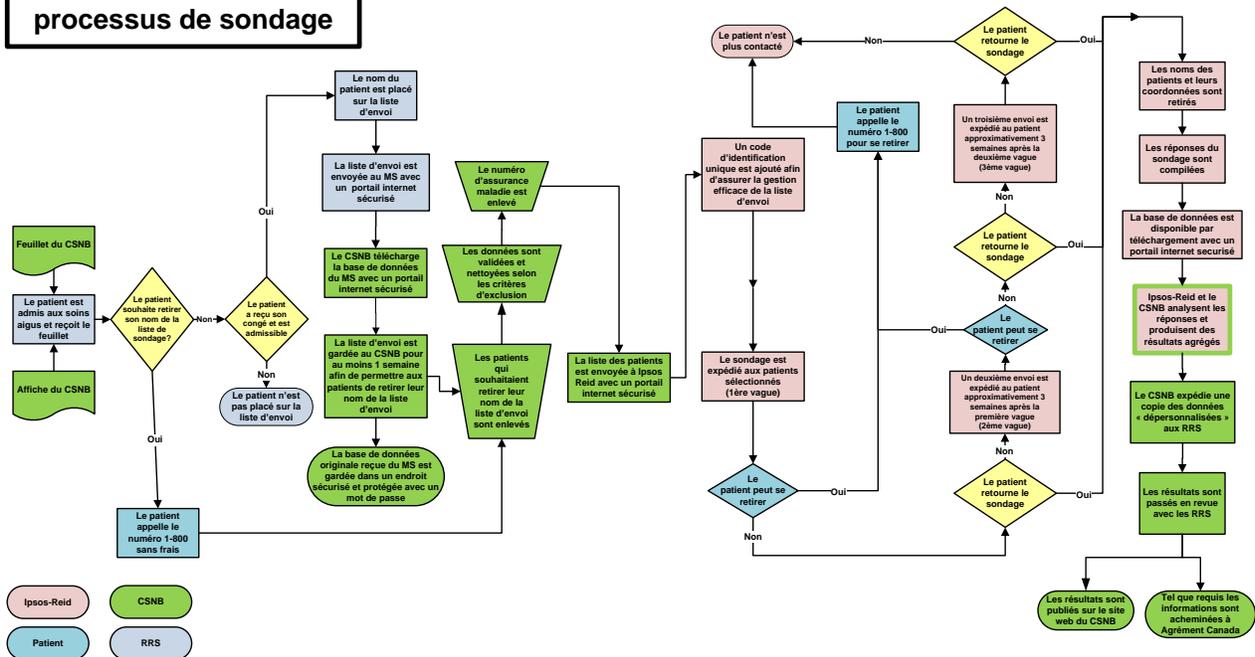


ANNEXE «F» :

Fluidité du processus de sondage



Annexe F : Fluidité du processus de sondage



ANNEXE «G» :



Lettre d'accompagnement du sondage (*Français – Réseau de santé Vitalité*)

Date

(Insérer le nom du patient)
(Insérer l'adresse du patient)

Monsieur, Madame,

Le *Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick* (CSNB) et la *Régie régionale de la santé A* font un sondage provincial pour mesurer la qualité des services reçus dans les hôpitaux du Nouveau-Brunswick. La firme *Ipsos Reid* effectuera le sondage.

En tant que patient(e) ayant récemment reçu un congé de [insérez le nom de l'hôpital], votre nom a été choisi d'une liste de patients. L'expérience récente que vous avez vécue à l'hôpital nous intéresse beaucoup. Votre opinion est précieuse, car elle servira à améliorer la qualité des soins de santé dans les hôpitaux du Nouveau-Brunswick.

Votre participation à ce sondage est volontaire. Vos réponses sont confidentielles et votre nom n'apparaîtra pas dans le sondage. Vos réponses ne seront pas connues des médecins, des infirmiers et infirmières, et des hôpitaux concernés. Sentez-vous donc libre d'être aussi honnête et sincère que vous le désirez. Nous espérons sincèrement que vous prendrez quelques minutes pour remplir le sondage. Si vous désirez ne pas répondre à une question en particulier, cela est tout à fait acceptable.

Si vous avez des questions ou des commentaires, ou si vous souhaitez retirer votre nom de la liste de sondage, veuillez téléphoner au numéro sans frais **1-888-346-6454**.

Si ce sondage vous a été envoyé par erreur, veuillez nous contacter et nous enlèverons votre nom de la liste. Tous les efforts raisonnables ont été faits pour s'assurer que ce sondage n'a pas été envoyé à des patients qui sont décédés. Si vous êtes un membre de famille en deuil et vous recevez ce sondage, veuillez nous en excuser et accepter nos plus sincères condoléances. Si vous le désirez, vous pouvez répondre au sondage au nom de votre être cher. Si vous choisissez de ne pas répondre au sondage, nous respectons votre décision.

Pour plus d'informations sur ce sondage et les résultats du projet, rendez-vous sur le site web du CSNB au www.csnb.ca ou téléphonez au **1-877-225-2521**.

Nous vous remercions de votre aide. Vos idées et commentaires seront utiles pour améliorer les soins et les services offerts. Après avoir rempli le sondage, veuillez nous le retourner dans l'enveloppe prépayée ci-inclus.

Andrée G. Robichaud
Présidente-directrice générale
Régie régionale de la santé A

Stéphane Robichaud
Directeur général
Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick



ANNEXE «H» :

Caractéristiques de l'échantillon (n = 5 371)

Régie régionale de la santé	Réponses
Réseau de santé Horizon	3 468 64,6 %
Réseau de santé Vitalité	1 903 35,4 %

Sexe	Réponses
Femme	2 903 54,0 %
Homme	2 468 46,0 %

Catégorie d'âge	Réponses
Moins de 45	526 9,8 %
45 à 64	1 911 35,6 %
65 et plus	2 934 54,6 %

Choix de la langue de service	Réponses
Français	1 386 25,8 %
Anglais	3 849 71,7 %
Sans objet	136 2,5 %

Expérience vécue par le patient dans les hôpitaux du Nouveau-Brunswick
Résultats du sondage 2010 sur les soins aigus – Annexe technique

Niveau d'école ou de scolarité le plus élevé	Réponses
8 ^e année ou moins	1 182 22,0 %
École secondaire, mais je n'ai pas reçu mon diplôme	896 16,7 %
École secondaire ou test d'équivalence d'études secondaires	1 129 21,0 %
Diplôme / Certificat d'un collège, d'une école de métier ou d'une école technique	1 311 24,4 %
Diplôme universitaire de premier cycle	303 5,6 %
Diplôme universitaire de deuxième cycle / Études supérieures	280 5,2 %
Sans objet	270 5,0 %

Auto-évaluation de la santé	Réponses
Excellente	316 5,9 %
Très bonne	1 133 21,1 %
Bonne	1 892 35,2 %
Passable	1 462 27,2 %
Mauvaise	391 7,3 %
Sans objet	177 3,3 %

Auto-évaluation de la santé mentale ou émotionnelle	Réponses
Excellente	1 030 19,2 %
Très bonne	1 612 30,0 %
Bonne	1 742 32,4 %
Passable	661 12,3 %
Mauvaise	126 2,3 %
Sans objet	200 3,7 %

Expérience vécue par le patient dans les hôpitaux du Nouveau-Brunswick
Résultats du sondage 2010 sur les soins aigus – Annexe technique

Qui a répondu au sondage?	Réponses
Le patient	4 515 84,1 %
Quelqu'un d'autre	655 12,2 %
Sans objet	201 3,7 %



ANNEXE «I» :

Modèle de « scores de réponse » utilisé pour les analyses de corrélation et de régression

Choix de réponse	Score	Questionnaire
Pas organisé du tout	0	Q2
Assez organisé	50	
Très organisé	100	
Oui, certainement	100	Q28
Oui, un peu	50	
Non	0	
Oui	100	Q4, Q23, Q24, Q29, Q30
Non	0	
Jamais	0	Q5, Q6, Q7, Q8, Q9, Q10, Q11, Q12, Q13, Q15, Q17, Q18, Q20, Q21, Q51
Parfois	33	
Habituellement	66	
Toujours	100	
0 – Le pire hospital possible	0	Q25
1	10	
2	20	
3	30	
4	40	
5	50	
6	60	
7	70	
8	80	
9	90	
10 – Le meilleur hospital possible	100	
Certainement pas	0	Q26
Probablement pas	33	
Probablement	66	
Certainement	100	
Oui, toujours	100	Q31, Q32
Oui, parfois	50	
Jamais/Non	0	

Expérience vécue par le patient dans les hôpitaux du Nouveau-Brunswick
Résultats du sondage 2010 sur les soins aigus – Annexe technique

Mauvaise	0	Q33, Q45, Q46
Passable	25	
Bonne	50	
Très bonne	75	
Excellente	100	
Choix de réponse	Score	Questionnaire
Oui	100	Q34, Q35
Parfois	50	
Non	0	
Fortement en désaccord	0	Q36, Q37, Q38, Q39, Q40, Q41
En désaccord	33	
D'accord	66	
Fortement d'accord	100	
Pas organisée du tout	0	Q43
Assez organisée	33	
Très organisée	66	
Complètement organisée	100	

Choix de réponse avec score « inversé » :

Choix de réponse	Score	Questionnaire
Oui, certainement	0	Q3
Oui, un peu	50	
Non	100	
Oui	0	Q27
Non	100	



ANNEXE «J» :

Corrélations entre les indicateurs et l'évaluation globale de l'hôpital et contributions à la prédiction de l'évaluation globale de l'hôpital

<i>Dimension des soins</i>	<i>Question ou groupe de questions (composite)</i>	<i>Corrélation avec l'évaluation globale de l'hôpital</i>	<i>Contribution à la prédiction de l'évaluation globale de l'hôpital (R²)</i>	<i>Corrélation entre la question et l'indicateur composite auquel appartient cette question</i>	<i>Cohérence interne comme mesure de fiabilité (coefficient Alpha de Cronbach)</i>
Admission	Processus d'admission (Q2)	0,35	N/A	0,43	N/A
	Temps d'attente pour être amené à la chambre (Q3)	0,29	N/A	0,43	N/A
	Médicaments pris à la maison (Q4)	0,10	N/A	N/A	N/A
	Composite du processus d'admission (Q2 et Q3)	0,37	13,9 %	N/A	0,60
Communication avec les infirmières	Composite HCAHPS (Q5, Q6, Q7)	0,64	41,6 %	N/A	0,84
Réactivité du personnel	HCAHPS : besoin d'aide en appuyant sur le bouton d'appel (Q8)	0,52	26,8 %	0,51	N/A
	HCAHPS: besoin d'aide pour se rendre à la salle de bain (Q15)	0,48	22,8 %	0,51	N/A
	Composite HCAHPS (Q8 et Q15)	0,61	N/A	N/A	0,68
Communication avec les médecins	Composite HCAHPS (Q9, Q10, Q11)	0,42	17,8 %	N/A	0,84

Expérience vécue par le patient dans les hôpitaux du Nouveau-Brunswick
Résultats du sondage 2010 sur les soins aigus – Annexe technique

<i>Dimension des soins</i>	<i>Question ou groupe de questions (composite)</i>	<i>Corrélation avec l'évaluation globale de l'hôpital</i>	<i>Contribution à la prédiction de l'évaluation globale de l'hôpital (R²)</i>	<i>Corrélation entre la question et l'indicateur composite auquel appartient cette question</i>	<i>Cohérence interne comme mesure de fiabilité (coefficient Alpha de Cronbach)</i>
Environnement physique	HCAHPS : Propreté (Q12)	0,41	16,8 %	0,35	N/A
	HCAHPS : Tranquillité pendant la nuit (Q13)	0,41	16,6 %	0,35	N/A
	Composite HCAHPS (Q12 et Q13)	N/A	N/A	N/A	0,52
Contrôle de la douleur	Composite HCAHPS (Q17 et Q18)	0,52	26,7 %	N/A	0,80
Communication sur les médicaments	Composite HCAHPS (Q20 et Q21)	0,45	20,6 %	N/A	0,72
Informations au moment de la sortie	HCAHPS : besoins du patient après la sortie de l'hôpital (Q23)	0,19	3,6 %	0,32	N/A
	HCAHPS: informations écrites distribuées au patient lors de la sortie de l'hôpital (Q24)	0,23	5,2 %	0,32	N/A
	Composite HCAHPS (Q23 & Q24)	0,26	N/A	N/A	0,49
La sécurité du patient	Croient avoir souffert en raison d'une erreur médicale (Q27)	0,27	7,5 %	N/A	N/A
	L'hôpital se préoccupe de la sécurité du patient (Q28)	0,55	N/A	0,41	N/A
	Le personnel a remis des documents écrits (Q29)	0,29	N/A	0,60	N/A

Expérience vécue par le patient dans les hôpitaux du Nouveau-Brunswick
Résultats du sondage 2010 sur les soins aigus – Annexe technique

Dimension des soins	<i>Question ou groupe de questions (composite)</i>	<i>Corrélation avec l'évaluation globale de l'hôpital</i>	<i>Contribution à la prédiction de l'évaluation globale de l'hôpital (R²)</i>	<i>Corrélation entre la question et l'indicateur composite auquel appartient cette question</i>	<i>Cohérence interne comme mesure de fiabilité (coefficient Alpha de Cronbach)</i>
La sécurité du patient	Le personnel a parlé aux patients (Q30)	0,33	N/A	0,64	N/A
	Le personnel se lavait les mains (Q31)	0,39	N/A	0,46	N/A
	Le personnel vérifiait le bracelet d'identité (Q32)	0,28	N/A	0,39	N/A
	Composite de la culture globale de la sécurité du patient (Q28, Q29, Q30, Q31, Q32)	0,54	29,7 %	N/A	0,73
	Évaluation de la nourriture (Q33)	0,35	12,0 %	N/A	N/A
Soins axés sur le client et la famille	Les faits concernant la santé et le plan de traitement (Q34)	0,45	N/A	0,43	N/A
	Membres de la famille ou proches sont invités à participer au plan de soins (Q35)	0,28	N/A	0,45	N/A
	Le personnel a consulté le patient ou la famille (Q36)	0,35	N/A	0,62	N/A
	Le personnel a tenu compte des valeurs culturelles (Q37)	0,33	N/A	0,57	N/A
	Le personnel a offert un soutien émotionnel (Q38)	0,44	N/A	0,66	N/A
	Composite pour les soins axés sur le client et la famille (Q34, Q35, Q36, Q37, Q38)	0,54	29,3 %	N/A	0,78

Expérience vécue par le patient dans les hôpitaux du Nouveau-Brunswick
Résultats du sondage 2010 sur les soins aigus – Annexe technique

<i>Dimension des soins</i>	<i>Question ou groupe de questions (composite)</i>	<i>Corrélation avec l'évaluation globale de l'hôpital</i>	<i>Contribution à la prédiction de l'évaluation globale de l'hôpital (R²)</i>	<i>Corrélation entre la question et l'indicateur composite auquel appartient cette question</i>	<i>Cohérence interne comme mesure de fiabilité (coefficient Alpha de Cronbach)</i>
Transition de soins après la sortie de l'hôpital	Composite MTS-3 (Q39, Q40, Q41)	0,38	14,7 %	N/A	0,83
Questions additionnelles portant sur le congé de l'hôpital	Importance pour le patient de participer à la planification de la sortie de l'hôpital (Q42)	0,10	N/A	N/A	N/A
	Processus de sortie de l'hôpital (Q43)	0,45	20,1 %	N/A	N/A
	Le jour probable de sortie de l'hôpital a été communiqué au patient (Q44)	0,15	N/A	N/A	N/A
Équité basée sur le choix de la langue de service	Combien de fois les patients ont reçu le service dans la langue de leur choix (Q51)	0,14	N/A	N/A	N/A

Les indicateurs mis en évidence ont été choisis pour l'analyse de régression multivariée afin de déterminer la contribution cumulative des expériences de soins à la prédiction de l'évaluation globale de l'hôpital

Les questions individuelles portant sur les dimensions de l'expérience des soins du *processus d'admission* (Q2 à Q4), de la *sécurité du patient* (Q27 à Q32), des *soins axés sur le client et la famille* (Q34 à Q38) et du *processus de sortie de l'hôpital* (questions additionnelles sur le congé de l'hôpital, Q42 à Q44) ont été examinées en utilisant des analyses de corrélation pour déterminer s'il était possible de regrouper certaines de ces questions individuelles pour obtenir un score composite, dans le but de calculer les contributions à la prédiction de l'évaluation globale de l'hôpital.

Quant aux questions sur le *processus d'admission* (Q2 à Q4). Q4 a été rejetée en raison d'une corrélation assez faible avec l'évaluation globale de l'hôpital (0,10). Les deux autres questions (Q2 et Q3) ont été retenues pour l'indicateur composite : la corrélation entre les réponses à ces questions et le score de l'indicateur composite qui contient ces questions est 0,43 et le coefficient Alpha de Cronbach qui mesure la cohérence interne (0,60) démontre une bonne fiabilité.

Pour les questions sur la *sécurité du patient* (Q27 à Q32). Q27 a été rejetée en raison d'une corrélation entre les réponses à cette question et le score de l'indicateur composite qui contient cette question qui est assez faible lorsque les six questions sur la sécurité sont regroupées en un score composite (0,19). Les cinq autres questions (Q28 à Q32) ont été retenues pour l'indicateur composite de la *culture globale de la sécurité du patient*: la corrélation entre les réponses à ces questions et le score de l'indicateur composite qui contient ces questions était de 0,39 à 0,64. Le coefficient Alpha de Cronbach qui mesure la cohérence interne de ce nouvel indicateur composite (0,73) démontre une bonne fiabilité.

Les questions Q34 à Q38 ont été retenues pour l'indicateur composite des *soins axés sur le client et la famille*: la corrélation entre les réponses à ces questions et le score de l'indicateur composite qui contient ces questions était de 0,43 à 0,66. Le coefficient Alpha de Cronbach qui mesure la cohérence interne de ce nouvel indicateur composite (0,78) démontre une bonne fiabilité.

Pour les questions sur le *processus de sortie de l'hôpital* (Q42 à Q44). Q42 et Q44 ont été rejetées en raison d'une corrélation assez faible avec l'évaluation globale de l'hôpital (0,10 et 0,15 respectivement). La question Q43 a donc été retenue comme question individuelle pour calculer la contribution à la prédiction de l'évaluation globale de l'hôpital.

Trois autres indicateurs ont été rejetés en raison d'une corrélation assez faible avec l'évaluation globale de l'hôpital. Deux sont des indicateurs individuels HCAHPS : les questions qui portent sur les *informations au moment de la sortie de l'hôpital* (Q23 et Q24) ont une corrélation avec l'évaluation globale de l'hôpital de 0,19 et de 0,23 respectivement, et la question sur l'*équité basée sur le choix de la langue de service* a une corrélation de 0,14.