

Enquête sur vos expériences pendant le séjour en clinique

REMARQUES CONCERNANT LA MANIÈRE DE RÉPONDRE AUX QUESTIONS

La participation à cette enquête est volontaire. Vos réponses nous fournissent toutefois des informations importantes.

- Veuillez ne compléter le questionnaire que si l'enveloppe vous est adressée personnellement. Si nécessaire, une personne de confiance peut vous aider.
- Répondez à toutes les questions. Cochez les réponses qui correspondent le mieux à votre opinion et à votre expérience personnelles.

Exemple: ☒

- Il se peut que vous deviez sauter certaines questions. Une flèche vous indique la question à laquelle vous devez répondre ensuite.

Exemple:

☐ Oui

☐ Non → passez à la question 1

Accès au
questionnaire en ligne
(accessible)

Veuillez ne prendre en compte dans vos réponses que le séjour en clinique mentionné dans la lettre d'accompagnement.

VOS SOINS PAR LES MÉDECINS ET LES PSYCHOLOGUES

Pendant ce séjour en clinique, à quelle fréquence...

- | | | | | |
|--|---------------------------------|----------------------------------|--|-----------------------------------|
| 1. ... les médecins et les psychologues vous ont-ils traité-e avec courtoisie et respect ? | <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> La plupart du temps | <input type="checkbox"/> Toujours |
| 2. ... les médecins et les psychologues vous ont-ils écouté-e attentivement ? | <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> La plupart du temps | <input type="checkbox"/> Toujours |
| 3. ... avez-vous reçu des explications compréhensibles de la part des médecins et des psychologues ? | <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> La plupart du temps | <input type="checkbox"/> Toujours |

VOS SOINS PAR LE PERSONNEL SOIGNANT

Pendant ce séjour en clinique, à quelle fréquence...

- | | | | | |
|---|--|----------------------------------|--|-----------------------------------|
| 4. ... le personnel soignant vous a-t-il traité-e avec courtoisie et respect ? | <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> La plupart du temps | <input type="checkbox"/> Toujours |
| 5. ... le personnel soignant vous a-t-il écouté-e attentivement ? | <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> La plupart du temps | <input type="checkbox"/> Toujours |
| 6. ... avez-vous reçu des explications compréhensibles de la part du personnel soignant ? | <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> La plupart du temps | <input type="checkbox"/> Toujours |
| 7. ... avez-vous obtenu de l'aide dans des délais appropriés quand vous l'avez demandé ? | <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> La plupart du temps | <input type="checkbox"/> Toujours |
| | <input type="checkbox"/> Je n'ai jamais eu besoin d'aide | | | |

VOS SOINS PAR L'ÉQUIPE THÉRAPEUTIQUE

Pendant ce séjour en clinique, à quelle fréquence...

- | | | | | |
|--|---------------------------------|----------------------------------|--|-----------------------------------|
| 8. ... l'équipe thérapeutique vous a-t-elle traitée avec courtoisie et respect ? | <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> La plupart du temps | <input type="checkbox"/> Toujours |
| 9. ... l'équipe thérapeutique vous a-t-elle écoutée attentivement ? | <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> La plupart du temps | <input type="checkbox"/> Toujours |
| 10. ... avez-vous reçu des explications compréhensibles de la part de l'équipe thérapeutique ? | <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> La plupart du temps | <input type="checkbox"/> Toujours |

L'ENVIRONNEMENT DE LA CLINIQUE

Pendant ce séjour en clinique, à quelle fréquence...

- | | | | | |
|--|---------------------------------|----------------------------------|--|-----------------------------------|
| 11. ... la propreté de la chambre et de la salle de bain correspondait-elle à vos attentes ? | <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> La plupart du temps | <input type="checkbox"/> Toujours |
| 12. ... les alentours de votre chambre étaient-ils calmes la nuit ? | <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> La plupart du temps | <input type="checkbox"/> Toujours |
| 13. ... avez-vous trouvé suffisamment de possibilités de trouver refuge au calme ? | <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> La plupart du temps | <input type="checkbox"/> Toujours |

VOTRE EXPÉRIENCE DANS CETTE CLINIQUE

- | | |
|--|---|
| 14. Pendant ce séjour en clinique, vous a-t-on donné des médicaments que vous n'aviez jamais pris auparavant ? | <input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Non → allez à la question 17
<input type="checkbox"/> Je ne sais pas → allez à la question 17 |
|--|---|

Avant de vous donner un nouveau médicament, à quelle fréquence...

- | | | | | |
|--|---------------------------------|----------------------------------|--|-----------------------------------|
| 15. ... le personnel de la clinique vous a-t-il expliqué à quoi il servait ? | <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> La plupart du temps | <input type="checkbox"/> Toujours |
| 16. ... avez-vous reçu des explications compréhensibles sur les effets secondaires possibles par le personnel de la clinique ? | <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> La plupart du temps | <input type="checkbox"/> Toujours |

APRÈS LA SORTIE DE LA CLINIQUE

- | | |
|---|--|
| 17. À votre sortie de la clinique, êtes-vous rentré(e) directement chez vous, chez quelqu'un d'autre ou dans un autre établissement de santé (p. ex. clinique de réadaptation, autre hôpital ou clinique, établissement médico-social, appartements protégés, etc.) ? | <input type="checkbox"/> Chez moi
<input type="checkbox"/> Chez quelqu'un d'autre
<input type="checkbox"/> Dans un autre établissement de santé → allez à la question 20 |
|---|--|

Pendant ce séjour en clinique...

- | | |
|--|--|
| 18. ... un membre du personnel de la clinique a-t-il discuté avec vous pour savoir si vous aviez besoin d'aide après votre sortie de la clinique ? | <input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Non |
| 19. ... vous a-t-on remis des informations écrites sur les symptômes ou les problèmes de santé à surveiller après votre sortie de la clinique ? | <input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Non |

VOTRE ARRIVÉE À LA CLINIQUE

20. Avez-vous été hospitalisé-e contre votre volonté ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non			
21. Avant d'arriver à la clinique, aviez-vous assez d'information sur le déroulement de la procédure d'admission ?	<input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> En partie	<input type="checkbox"/> Suffisamment	<input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Ne s'applique pas
22. Votre admission à la clinique était-elle bien organisée ?	<input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> En partie	<input type="checkbox"/> Suffisamment	<input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Ne s'applique pas

Pendant ce séjour en clinique, à quelle fréquence...

23. ... votre liberté de mouvement a-t-elle été limitée sans que l'on vous donne une raison ?	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Parfois	<input type="checkbox"/> La plupart du temps	<input type="checkbox"/> Toujours	<input type="checkbox"/> Ne s'applique pas
24. ... avez-vous reçu des explications compréhensibles pour la limitation de votre liberté de mouvement de la part du personnel de la clinique ?	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Parfois	<input type="checkbox"/> La plupart du temps	<input type="checkbox"/> Toujours	<input type="checkbox"/> Ne s'applique pas

PENDANT VOTRE SÉJOUR À LA CLINIQUE

25. Pensez-vous qu'il y avait une bonne communication à propos de vos soins entre les médecins et les psychologues, le personnel soignant, l'équipe thérapeutique et les autres membres du personnel de la clinique ?	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Parfois	<input type="checkbox"/> La plupart du temps	<input type="checkbox"/> Toujours		
26. À quelle fréquence les médecins et les psychologues, le personnel soignant, l'équipe thérapeutique et les autres membres du personnel de la clinique semblaient informés et au fait de vos soins ?	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Parfois	<input type="checkbox"/> La plupart du temps	<input type="checkbox"/> Toujours		
27. À quelle fréquence les examens et les thérapies ont-ils été effectués au moment annoncé ?	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Parfois	<input type="checkbox"/> La plupart du temps	<input type="checkbox"/> Toujours	<input type="checkbox"/> Je n'ai pas eu d'examen ni de thérapies	
28. Pendant ce séjour en clinique, avez-vous reçu toutes les informations nécessaires sur votre état de santé et vos traitements ?	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Parfois	<input type="checkbox"/> La plupart du temps	<input type="checkbox"/> Toujours		
29. Avez-vous reçu le soutien nécessaire pour affronter les éventuelles anxiétés, peurs ou inquiétudes que vous avez pu ressentir pendant ce séjour en clinique ?	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Parfois	<input type="checkbox"/> La plupart du temps	<input type="checkbox"/> Toujours	<input type="checkbox"/> Je n'ai pas eu d'anxiétés, peurs ou inquiétudes	
30. Avez-vous été impliqué-e autant que vous le vouliez dans les décisions concernant vos soins et vos traitements ?	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Parfois	<input type="checkbox"/> La plupart du temps	<input type="checkbox"/> Toujours	<input type="checkbox"/> Ce n'était pas nécessaire	
31. Votre famille ou vos personnes de référence ont-elles été impliquées autant que vous le vouliez dans les décisions concernant vos soins et vos traitements ?	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Parfois	<input type="checkbox"/> La plupart du temps	<input type="checkbox"/> Toujours	<input type="checkbox"/> Je ne voulais pas qu'elles soient impliquées / ce n'était pas nécessaire	<input type="checkbox"/> Je n'avais aucun membre de la famille ni personne de référence à impliquer

VOTRE SORTIE DE LA CLINIQUE

32. Avant votre sortie de la clinique, aviez-vous une compréhension claire de tous les médicaments qui vous ont été prescrits ? Cela comprend ceux que vous preniez avant votre séjour en clinique.

☐ Pas du tout ☐ En partie ☐ Suffisamment ☐ Tout à fait

☐ Ne s'applique pas

33. Le personnel de la clinique vous a-t-il donné assez d'informations sur ce que vous deviez faire en cas d'inquiétudes quant à votre état de santé ou vos traitements après votre sortie de la clinique ?

☐ Pas du tout ☐ En partie ☐ Suffisamment ☐ Tout à fait

34. Après votre sortie de la clinique, aviez-vous une meilleure compréhension de votre état de santé que lorsque vous y êtes entré-e ?

☐ Pas du tout ☐ En partie ☐ Suffisamment ☐ Tout à fait

ÉVALUATION GLOBALE DE LA CLINIQUE

35. Votre évaluation globale de la clinique mentionnée dans la lettre d'accompagnement. Sur une échelle de 0 à 10, 0 signifie « j'ai eu une très mauvaise expérience », 10 « j'ai eu une très bonne expérience ». (Veuillez SVP cocher la case qui se trouve en dessous du chiffre correspondant à votre réponse.)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai eu une très mauvaise expérience					J'ai eu une très bonne expérience					

36. Recommanderiez-vous cette clinique à vos amis et à votre famille ?

☐ Non, en aucun cas ☐ Probablement pas ☐ Probablement oui ☐ Oui, dans tous les cas

QUESTIONS SUR VOTRE PERSONNE

37. Comment décririez-vous votre état de santé actuel ?

☐ Mauvais ☐ Moins bon ☐ Bon ☐ Très bon ☐ Excellent

38. Année de naissance (p. ex. 1980)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

39. Genre

☐ Masculin ☐ Féminin ☐ Autre

40. Type d'assurance pour ce séjour en clinique

☐ Assurance commune ☐ Assurance semi-privée/privée



Ce questionnaire est basé sur les questions/questionnaires des institutions suivantes. La répartition des sources exactes des questions est disponible via le code QR indiqué :

Canadian Institute for Health Information. Canadian Patient Experiences Survey for Inpatient Care. January 2019. <https://www.cihi.ca/en/patient-experience/about-the-canadian-patient-experiences-survey-inpatient-care>

Adult Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS) Survey [version 18.0]. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS); Baltimore, Maryland (USA). September 2022. <https://hcahpsonline.org>

HCAHPS Survey Instruments. Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS). Centers for Medicare and Medicaid Services. Baltimore, MD (USA). March 2023. <https://www.hcahpsonline.org/en/survey-instruments>