

# 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

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				
<b>Pendant ce séjour en clinique, à quelle fréquence...</b>				
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				
<b>Pendant ce séjour en clinique, à quelle fréquence...</b>				
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 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 |
| 9. ... l'équipe thérapeutique vous a-t-elle écouté-e 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?
- Oui  
 Non → allez à la question 17  
 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.)?
- Chez moi  
 Chez quelqu'un d'autre  
 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?
- Oui  
 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?
- Oui  
 Non

## VOTRE ARRIVÉE À LA CLINIQUE

20. Avez-vous été hospitalisé-e contre votre volonté ?  Oui  Non
21. Avant d'arriver à la clinique, aviez-vous assez d'information sur le déroulement de la procédure d'admission ?  Pas du tout  En partie  Suffisamment  Tout à fait  
 Ne s'applique pas
22. Votre admission à la clinique était-elle bien organisée ?  Pas du tout  En partie  Suffisamment  Tout à fait  
 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 ?  Jamais  Parfois  La plupart du temps  Toujours  
 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 ?  Jamais  Parfois  La plupart du temps  Toujours  
 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 ?  Jamais  Parfois  La plupart du temps  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 ?  Jamais  Parfois  La plupart du temps  Toujours
27. À quelle fréquence les examens et les thérapies ont-ils été effectués au moment annoncé ?  Jamais  Parfois  La plupart du temps  Toujours  
 Je n'ai pas eu d'examens ni de thérapies
28. Pendant ce séjour en clinique, avez-vous reçu toutes les informations nécessaires sur votre état de santé et vos traitements ?  Jamais  Parfois  La plupart du temps  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 ?  Jamais  Parfois  La plupart du temps  Toujours  
 Je n'ai pas eu d'anxiétés, peurs ou inquiétudes
30. Avez-vous été impliquée-e autant que vous le vouliez dans les décisions concernant vos soins et vos traitements ?  Jamais  Parfois  La plupart du temps  Toujours  
 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 ?  Jamais  Parfois  La plupart du temps  Toujours  
 Je ne voulais pas qu'elles soient impliquées / ce n'était pas nécessaire  
 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  
                                       

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)

--	--	--	--

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>