

Enquête sur vos expériences pendant le séjour de réadaptation

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 de réadaptation mentionné dans la lettre d'accompagnement.

VOS SOINS PAR LES MÉDECINS

Pendant ce séjour de réadaptation, à quelle fréquence...

- | | | | | |
|--|---------------------------------|----------------------------------|--|-----------------------------------|
| 1. ... les médecins 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 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 ? | <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> La plupart du temps | <input type="checkbox"/> Toujours |
| 4. ... les médecins étaient-ils disponibles pour répondre à vos questions ? | <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 de réadaptation, à quelle fréquence...

- | | | | | |
|---|---|----------------------------------|--|-----------------------------------|
| 5. ... 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 |
| 6. ... 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 |
| 7. ... 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 |
| 8. ... avez-vous obtenu de l'aide dans des délais appropriés quand vous l'avez demandé ? | <input type="checkbox"/> Jamais
<input type="checkbox"/> Je n'ai jamais eu besoin d'aide | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> La plupart du temps | <input type="checkbox"/> Toujours |

VOS SOINS PAR LES THÉRAPEUTES

Pendant ce séjour de réadaptation, à quelle fréquence...

9. ... les thérapeutes vous ont-ils traité-e avec courtoisie et respect ? ☐ Jamais ☐ Parfois ☐ La plupart du temps ☐ Toujours
10. ... les thérapeutes vous ont-ils écouté-e attentivement ? ☐ Jamais ☐ Parfois ☐ La plupart du temps ☐ Toujours
11. ... avez-vous reçu des explications compréhensibles de la part des thérapeutes ? ☐ Jamais ☐ Parfois ☐ La plupart du temps ☐ Toujours

L'ENVIRONNEMENT DE LA CLINIQUE

Pendant ce séjour de réadaptation, à quelle fréquence...

12. ... la propreté de la chambre et de la salle de bain correspondait-elle à vos attentes ? ☐ Jamais ☐ Parfois ☐ La plupart du temps ☐ Toujours
13. ... les alentours de votre chambre étaient-ils calmes la nuit ? ☐ Jamais ☐ Parfois ☐ La plupart du temps ☐ Toujours

VOTRE EXPÉRIENCE DANS CETTE CLINIQUE

14. Pendant ce séjour de réadaptation, 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 ? ☐ Jamais ☐ Parfois ☐ La plupart du temps ☐ Toujours
16. ... avez-vous reçu des explications compréhensibles sur les effets secondaires possibles par le personnel de la clinique ? ☐ Jamais ☐ Parfois ☐ La plupart du temps ☐ 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. autre clinique de réadaptation, autre hôpital ou clinique, établissement médico-social, etc.) ? ☐ Chez moi ☐ Chez quelqu'un d'autre ☐ Dans un autre établissement de santé → allez à la question 20

Pendant ce séjour de réadaptation, ...

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. 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
-
21. Votre admission à la clinique était-elle bien organisée ?
- ☐ Pas du tout ☐ En partie ☐ Suffisamment ☐ Tout à fait
- ☐ Ne s'applique pas

PENDANT VOTRE SÉJOUR DE RÉADAPTATION

22. Pensez-vous qu'il y avait une bonne communication à propos de vos soins entre les médecins, le personnel soignant, les thérapeutes et les autres membres du personnel de la clinique ?
- ☐ Jamais ☐ Parfois ☐ La plupart du temps ☐ Toujours
-
23. À quelle fréquence les médecins, le personnel soignant, les thérapeutes et les autres membres du personnel de la clinique semblaient informés et au fait de vos soins ?
- ☐ Jamais ☐ Parfois ☐ La plupart du temps ☐ Toujours
-
24. 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
-
25. Pendant ce séjour de réadaptation, avez-vous reçu toutes les informations nécessaires sur votre état de santé et vos traitements ?
- ☐ Jamais ☐ Parfois ☐ La plupart du temps ☐ Toujours
-
26. Avez-vous reçu le soutien nécessaire pour affronter les éventuelles anxiétés, peurs ou inquiétudes que vous avez pu ressentir pendant ce séjour de réadaptation ?
- ☐ Jamais ☐ Parfois ☐ La plupart du temps ☐ Toujours
- ☐ Je n'ai pas eu d'anxiétés, peurs ou inquiétudes
-
27. Avez-vous été impliqué-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
-
28. 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

29. 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 de réadaptation.

- ☐ Pas du tout ☐ En partie ☐ Suffisamment ☐ Tout à fait
- ☐ Ne s'applique pas

30. 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

31. 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

32. 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					

33. 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

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

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

35. Année de naissance (p. ex. 1980)

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

36. Genre

- ☐ Masculin ☐ Féminin ☐ Autre

37. Type d'assurance pour ce séjour de réadaptation

- ☐ Assurance commune ☐ Assurance semi-privée/privée

38. Un accident était-il la principale raison de votre séjour en réadaptation ?

- ☐ Oui
☐ Non



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>