

# 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

**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 ?            | <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> La plupart du temps | <input type="checkbox"/> Toujours |
| 10. ... les thérapeutes 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 |
| 11. ... avez-vous reçu des explications compréhensibles de la part des thérapeutes ? | <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 de réadaptation, à quelle fréquence...

- |  |                                 |                                  |  |                                   |
|--|---------------------------------|----------------------------------|--|-----------------------------------|
| 12. ... 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 |
| 13. ... 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 |

## 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 ? | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non → allez à la question 17<br><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 rentrée 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.) ? | <input type="checkbox"/> Chez moi<br><input type="checkbox"/> Chez quelqu'un d'autre<br><input type="checkbox"/> 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 ? | <input type="checkbox"/> Oui<br><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<br><input type="checkbox"/> 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)

--	--	--	--

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>