

# 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"/> 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 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'exams 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 impliquée 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  
                                                           

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>