



Sondage sur l'expérience du client – Soins de santé primaires régionaux

Southern Health-Santé Sud s'efforce toujours d'améliorer les soins, d'en rehausser la qualité et de promouvoir la sécurité au sein de ses services de soins de santé primaires régionaux. Par conséquent, nous aimerions savoir ce que vous pensez de notre façon de faire. Veuillez donc remplir le sondage ci-joint; vos commentaires nous aideront à déterminer les domaines nécessitant une amélioration.

D'autres formats du sondage sont disponibles sur demande. N'hésitez pas à communiquer avec nous par téléphone au 1 800 742-6509 ou par courriel à info@southernhealth.ca.

Une fois le sondage dûment rempli, vous n'aurez qu'à le déposer dans la boîte prévue à cet effet à la réception, ou à le mettre à la poste en vous servant de l'enveloppe préaffranchie qui vous a été fournie. Tous les sondages me seront alors acheminés, et je me chargerai d'examiner les réponses qui feront l'objet d'un rapport. Celui-ci sera analysé par l'équipe de direction des soins de santé primaires. Enfin, un plan d'amélioration sera élaboré pour traiter des questions ou préoccupations soulevées.

Vos réponses demeureront anonymes et strictement confidentielles. Le fait de remplir le sondage n'aura aucune incidence négative sur les soins et les services que vous recevez. Veuillez répondre aux questions ouvertement et honnêtement.

Merci pour votre temps et vos commentaires.

Cordialement,

Directrice régionale – Soins de santé primaires



***This document is also available in English.
Please ask the staff.***

Veillez cocher la case appropriée pour indiquer qui vous êtes.

- Client(e) Membre de la famille Ami(e) Autre

1. Veuillez préciser votre genre.

- Homme Femme Autre

2. Quelle est votre année de naissance?

3. Parlez-vous anglais ou français assez couramment pour mener une conversation?

- Anglais seulement Français seulement Anglais et français Ni anglais ni français

4. Quelle langue parlez-vous le plus souvent chez vous?

- Anglais Français Autre (Veuillez préciser) :

5. Quelle langue, autre que l'anglais ou le français, parlez-vous assez couramment pour mener une conversation?

- Aucune Autre (Veuillez préciser) :

6. Sous quelle(s) forme(s) les services en français vous ont-ils été offerts? (Cochez toutes les cases qui s'appliquent)

- Le personnel francophone portait une épinglette Hello/Bonjour
 Les panneaux étaient en français
 Le personnel s'est adressé à moi dans les deux langues officielles
 Le personnel m'a demandé si je voulais me faire servir en français
 Le personnel m'a parlé en français
 On m'a donné de la documentation en français
 J'ai eu accès à un(e) interprète francophone
 On ne m'a pas offert de me servir en français
 Autre

7. Veuillez évaluer globalement votre expérience pour ce qui est de la qualité des services en français que vous avez reçus. (Encerclez un chiffre)

Mon expérience a été très négative

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mon expérience a été très positive.

8. Quel(s) service(s) avez-vous sollicité(s)? (Cochez toutes les cases qui s'appliquent)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Services de sage-femme | <input type="checkbox"/> Clinique pour adolescents |
| <input type="checkbox"/> Clinique express | <input type="checkbox"/> Programme « Trouver un médecin » |
| <input type="checkbox"/> Clinique mobile | <input type="checkbox"/> Centre de soins de santé primaires |
| <input type="checkbox"/> Sensibilisation aux maladies chroniques | <input type="checkbox"/> Services en diététique |
| <input type="checkbox"/> Mon équipe de santé | <input type="checkbox"/> Autre (Veuillez préciser) |

9. Quel prestataire de soins avez-vous vu? (Cochez toutes les cases qui s'appliquent)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sage-femme | <input type="checkbox"/> Connecteur des soins de santé primaires |
| <input type="checkbox"/> Infirmier(ère) praticien(ne) | <input type="checkbox"/> Adjoint(e) au médecin |
| <input type="checkbox"/> Infirmier(ère) en soins de santé primaires | <input type="checkbox"/> Diététiste |
| <input type="checkbox"/> Infirmier(ère) en santé communautaire | <input type="checkbox"/> Travailleur(se) social(e) |
| <input type="checkbox"/> Infirmier(ère) spécialisé(e) dans les maladies chroniques | <input type="checkbox"/> Autre (Veuillez préciser) |
| <input type="checkbox"/> Infirmier(ère) auxiliaire autorisé(e) | |

10. Combien de temps avez-vous attendu pour recevoir des services ou obtenir un rendez-vous?

- Moins de 24 heures
- Moins d'une semaine
- Moins d'un mois
- Autre _____

11. Une fois arrivé à votre rendez-vous, combien de temps avez-vous attendu avant de voir un prestataire de soins?

- Entre 1 et 14 minutes
- Entre 15 et 30 minutes
- Autre
- Sans objet

12. Quel type de rendez-vous était-ce?

- Individuel – seul(e) avec mon prestataire de soins
- De groupe (atelier, cours, etc.)

13. Votre prestataire de soins vous a invité à participer aux décisions concernant vos soins.

Fortement d'accord Plutôt d'accord Plutôt en désaccord Fortement en désaccord Sans objet

14. Votre prestataire de soins a consulté votre famille ou aidant(e) au moment de prendre des décisions concernant vos soins.

Fortement d'accord Plutôt d'accord Plutôt en désaccord Fortement en désaccord Sans objet

15. Votre plan de soins répond à vos besoins.

Fortement d'accord Plutôt d'accord Plutôt en désaccord Fortement en désaccord Sans objet

16. Votre prestataire de soins vous tient au courant des changements apportés aux services qui vous sont fournis.

Fortement d'accord Plutôt d'accord Plutôt en désaccord Fortement en désaccord Sans objet

17. Votre prestataire de soins informe votre famille/aidant(e) de vos besoins en matière de soins.

Fortement d'accord Plutôt d'accord Plutôt en désaccord Fortement en désaccord
 Sans objet

18. Votre prestataire de soins vous explique les soins et services qui vous sont fournis d'une manière que vous êtes en mesure de comprendre.

Fortement d'accord Plutôt d'accord Plutôt en désaccord Fortement en désaccord
 Sans objet

19. Votre prestataire de soins vous informe des autres services et soutiens disponibles dans la communauté.

Fortement d'accord Plutôt d'accord Plutôt en désaccord Fortement en désaccord
 Sans objet

20. Votre prestataire de soins arrive à l'heure.

Fortement d'accord Plutôt d'accord Plutôt en désaccord Fortement en désaccord
 Sans objet

21. Votre prestataire de soins prend suffisamment de temps pour s'occuper de vous.

Fortement d'accord Plutôt d'accord Plutôt en désaccord Fortement en désaccord
 Sans objet

22. Vous vous sentez en confiance lorsque vous rencontrez votre prestataire de soins.

Fortement d'accord Plutôt d'accord Plutôt en désaccord Fortement en désaccord
 Sans objet

23. Votre prestataire de soins fait les adaptations nécessaires à mesure que vos besoins changent.

- Fortement d'accord Plutôt d'accord Plutôt en désaccord Fortement en désaccord Sans objet

24. Vous êtes satisfait(e) de votre prestataire de soins.

- Fortement d'accord Plutôt d'accord Plutôt en désaccord Fortement en désaccord Sans objet

25. Votre prestataire de soins est qualifié pour répondre à vos besoins en matière de soins.

- Fortement d'accord Plutôt d'accord Plutôt en désaccord Fortement en désaccord Sans objet

26. Vous vous sentez libre de poser des questions à votre prestataire de soins.

- Fortement d'accord Plutôt d'accord Plutôt en désaccord Fortement en désaccord
 Sans objet

27. Votre prestataire de soins vous parle avec courtoisie et respect.

- Fortement d'accord Plutôt d'accord Plutôt en désaccord Fortement en désaccord
 Sans objet

28. Votre prestataire de soins explique les choses en termes que vous comprenez.

- Fortement d'accord Plutôt d'accord Plutôt en désaccord Fortement en désaccord
 Sans objet

29. Vous êtes averti(e) lorsque vos rendez-vous sont annulés ou reportés.

- Fortement d'accord Plutôt d'accord Plutôt en désaccord Fortement en désaccord
 Sans objet

30. Combien de fois vos rendez-vous sont-ils annulés ou reportés?

- Jamais
 Parfois
 Souvent
 Autre

31. Vous consultez un autre prestataire de soins lorsque votre rendez-vous est annulé ou reporté.

- Sans objet
 Lequel/laquelle (Veuillez préciser)

32. La distance que vous avez à parcourir pour consulter votre prestataire de soins vous convient-elle?

- Oui
 Non (Veuillez préciser)

33. Quand préférez-vous voir votre prestataire de soins? (Cochez toutes les cases qui s'appliquent)

- Du lundi au vendredi
- Le samedi
- Le dimanche
- En matinée
- En après-midi
- En soirée

Donnez trois exemples de ce que vous aimez le plus concernant les services qui vous ont été fournis :

1
2
3

Donnez trois exemples de ce que vous aimeriez changer concernant les services qui vous ont été fournis :

1
2
3

Nous apprécierons tout autre commentaire que vous pourriez avoir :

**Merci beaucoup d'avoir pris le temps de remplir ce sondage.
Vos commentaires sont précieux et très appréciés!**