# 

# Sondage auprès des familles\* des foyers de soins de longue durée

L’Office régional de la santé de Winnipeg (ORSW) et les exploitants de foyers de soins de longue durée recueillent les commentaires des résidents et de leurs familles dans le but d’améliorer l’expérience au chapitre des soins prodigués. Le sondage comprend des sections pour évaluer la communication avec le personnel soignant, les services alimentaires et les repas, l’environnement, les activités, et la satisfaction générale à l’égard de l’expérience en matière de soins.

Veuillez noter que ce sondage est destiné à recueillir des informations générales sur votre expérience en matière de soins à domicile. Il n'est pas conçu pour recueillir des plaintes spécifiques concernant les soins offerts à un résident. Pour signaler des problèmes précis liés aux soins d'un résident, veuillez suivre la procédure de plainte officielle de votre résidence.

Le présent sondage est anonyme et les réponses demeurent confidentielles. Votre participation est entièrement volontaire. En répondant au sondage, vous consentez à ce que ces renseignements soient communiqués à l’ORSW, à l’exploitant du foyer de soins de longue durée et aux membres de l’équipe soignante.

\* La famille est définie comme toute personne qui apporte un soutien social, physique, psychologique, émotionnel, spirituel et culturel jugé important par le résident. Il peut s'agir de membres de la famille, d'amis proches ou d'autres soignants identifiés par le résident.

Nom du foyer de soins: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Expérience générale

Veuillez évaluer votre expérience personnelle avec ce foyer de soins à l’aide des énoncés suivants

(Abréviations : S.O. = Sans objet)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Toujours | Habituellement | Parfois | Rarement | Jamais | Incertain | S.O. |
| Le personnel me traite avec respect |  |  |  |  |  |  |  |
| Le personnel est professionnel et capable de fournir d’excellents soins |  |  |  |  |  |  |  |
| Le personnel dit bonjour au membre de ma famille et s’adresse à lui ou elle par le nom qu’il ou elle préfère |  |  |  |  |  |  |  |
| Le personnel respecte la vie privée du membre de ma famille |  |  |  |  |  |  |  |
| Le personnel respecte les valeurs culturelles et spirituelles du membre de ma famille |  |  |  |  |  |  |  |
| Je me sens en sécurité ici |  |  |  |  |  |  |  |
| Le personnel respecte les effets personnels du membre de ma famille |  |  |  |  |  |  |  |

## Communication

Veuillez évaluer votre expérience personnelle avec ce foyer de soins à l’aide des énoncés suivants

(Abréviations : S.O. = Sans objet)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Toujours | Habituellement | Parfois | Rarement | Jamais | Incertain | S.O. |
| Je sens qu’on m’écoute |  |  |  |  |  |  |  |
| J’ai l’occasion de discuter du plan de soins du membre de ma famille avec les infirmiers et infirmières, les médecins ou les thérapeutes |  |  |  |  |  |  |  |
| Je participe aux décisions concernant les soins du membre de ma famille |  |  |  |  |  |  |  |
| J’ai confiance que l’information sur les soins du membre de ma famille est partagée avec les membres du personnel qui en ont besoin |  |  |  |  |  |  |  |
| La communication avec le personnel au sujet de changements aux besoins du membre de ma famille est effectuée rapidement |  |  |  |  |  |  |  |
| Je sais avec qui communiquer lorsque j’ai des questions ou des préoccupations |  |  |  |  |  |  |  |
| Je me sens à l’aise de parler d’un problème à un membre du personnel |  |  |  |  |  |  |  |
| J’ai confiance que la qualité des soins du membre de ma famille ne sera pas atteinte si je soulève des préoccupations |  |  |  |  |  |  |  |
| Si j’ai soulevé une préoccupation, on a communiqué avec moi au sujet du résultat |  |  |  |  |  |  |  |

## Prestation de soins

Veuillez évaluer votre expérience personnelle avec ce foyer de soins à l’aide des énoncés suivants

(Abréviations : S.O. = Sans objet)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Toujours | Habituellement | Parfois | Rarement | Jamais | Incertain | S.O. |
| Le personnel soignant est disponible lorsque le membre de ma famille en a besoin (aides-soignants, infirmiers et infirmières, médecins, thérapeutes, etc.) |  |  |  |  |  |  |  |
| Le personnel est disposé à suivre les préférences du membre de ma famille ou mes suggestions au sujet de ses soins |  |  |  |  |  |  |  |
| Le membre de ma famille a des choix en matière de soins (p. ex., l’heure du réveil, les vêtements que je porte, etc.) |  |  |  |  |  |  |  |
| Le personnel vient en aide au membre de ma famille avec les soins d’hygiène personnelle, au besoin (p. ex., en m’aidant à aller à la toilette) |  |  |  |  |  |  |  |
| On prend bien soin du membre de ma famille 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| Le personnel propose un traitement au membre de ma famille lorsqu’il ou elle a de la douleur |  |  |  |  |  |  |  |
| Le personnel encourage le membre de ma famille à faire les choses qu’il ou elle peut faire pour lui-même ou elle-même |  |  |  |  |  |  |  |

## Aliments et expérience aux repas

Veuillez évaluer votre expérience personnelle avec ce foyer de soins à l’aide des énoncés suivants

(Abréviations : S.O. = Sans objet)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Toujours | Habituellement | Parfois | Rarement | Jamais | Incertain | S.O. |
| Le membre de ma famille reçoit l’aide dont il ou elle a besoin pour manger et boire tout au long de la journée |  |  |  |  |  |  |  |
| Une bonne variété d’aliments et de boissons est offerte au membre de ma famille |  |  |  |  |  |  |  |
| L’expérience à l’heure des repas est agréable |  |  |  |  |  |  |  |
| Le membre de ma famille a suffisamment à manger et à boire |  |  |  |  |  |  |  |
| La qualité générale des aliments et des boissons est bonne |  |  |  |  |  |  |  |

## Environnement et services

Veuillez évaluer votre expérience personnelle avec ce foyer de soins à l’aide des énoncés suivants

(Abréviations : S.O. = Sans objet)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Toujours | Habituellement | Parfois | Rarement | Jamais | Incertain | S.O. |
| Le foyer est propre |  |  |  |  |  |  |  |
| Le foyer est silencieux quand il doit l’être |  |  |  |  |  |  |  |
| La température du foyer est confortable |  |  |  |  |  |  |  |
| Le membre de ma famille peut parler de ses problèmes personnels avec un membre du personnel s’il ou elle le souhaite |  |  |  |  |  |  |  |
| Le membre de ma famille a accès à des services spirituels sur les lieux. |  |  |  |  |  |  |  |
| Le personnel aide le membre de ma famille quand il ou elle a besoin de consulter d’autres professionnels de la santé (coordonnées ou rendez-vous chez le dentiste, le chiropraticien, le massothérapeute, le physiothérapeute/ergothérapeute, etc.) |  |  |  |  |  |  |  |
| Les services de buanderie sont bons |  |  |  |  |  |  |  |

## Les activités

Veuillez évaluer votre expérience personnelle avec ce foyer de soins à l’aide des énoncés suivants

(Abréviations : S.O. = Sans objet)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Toujours | Habituellement | Parfois | Rarement | Jamais | Incertain | S.O. |
| Le membre de ma famille aime bien les activités qui sont offertes. |  |  |  |  |  |  |  |
| Les activités proposées au membre de ma famille sont de nature variée |  |  |  |  |  |  |  |
| Le personnel responsable des activités de loisirs les modifie au besoin, de sorte que le membre de ma famille puisse y participer |  |  |  |  |  |  |  |
| Le membre de ma famille peut choisir de participer ou non aux activités |  |  |  |  |  |  |  |
| Le personnel appuie la participation du membre de ma famille aux activités qui lui tiennent à cœur |  |  |  |  |  |  |  |

## Satisfaction générale

Veuillez indiquer dans quelle mesure vous êtes d’accord avec l’énoncé suivant :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | En accord | Neutre | En désaccord | Préfère ne pas répondre |
| Dans l’ensemble, c’est un endroit où il fait bon vivre |  |  |  |  |

## Si vous n’êtes pas d’accord que ce foyer de soins est un endroit où il fait bon vivre, que pouvons-nous faire différemment pour améliorer votre expérience?

## Nous vous rappelons de ne pas divulger de renseignements personnels (p. ex., noms, adresses, numéros de téléphone, etc.) ou de renseignements personnels sur la santé (p. ex., maladies, traitements, problèmes médicaux, etc.) qui pourraient permettre de vous identifier, que vous soyez résident ou résidente ou membre de la famille.

***Remarque : chaque foyer de soins de longue durée a mis en place une procédure de résolution des plaintes. Si un problème survient, il est toujours préférable de parler à la ou aux personnes directement concernées par le problème. Le résident, la résidente ou la famille peut faire part de ses préoccupations ou de sa plainte à n’importe quel membre du personnel. Le présent formulaire ne permet pas de répondre à des plaintes spécifiques.***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Ce foyer de soins désire fournir des services et des soins d’excellente qualité. Nous voulons souligner et célébrer l’excellence. Qu’est-ce qui vous frappe comme étant excellent dans ce foyer de soins?

***Remarque : nous vous rappelons de ne pas divulguer de renseignements personnels (p. ex., noms, adresses, numéros de téléphone, etc.) ou de renseignements personnels sur la santé (p. ex., maladies, traitements, problèmes médicaux, etc.) qui pourraient permettre de vous identifier, que vous soyez résident ou résidente ou membre de la famille.***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Autres commentaires:

***Remarque : nous vous rappelons de ne pas divulguer de renseignements personnels (p. ex., noms, adresses, numéros de téléphone, etc.) ou de renseignements personnels sur la santé (p. ex., maladies, traitements, problèmes médicaux, etc.) qui pourraient permettre de vous identifier, que vous soyez résident ou résidente ou membre de la famille.***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_