# Sondage auprès des résidents 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 niveau 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.

Nom de 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 me dit bonjour et s’adresse à moi par le nom que je préfère  |  |  |  |  |  |  |  |
| Le personnel respecte ma vie privée  |  |  |  |  |  |  |  |
| Le personnel respecte mes valeurs culturelles et spirituelles  |  |  |  |  |  |  |  |
| Je me sens en sécurité ici  |  |  |  |  |  |  |  |
| Le personnel respecte mes effets personnels |  |  |  |  |  |  |  |

## 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 de mon plan de soins avec les infirmiers et infirmières, les médecins ou les thérapeutes  |  |  |  |  |  |  |  |
| Je participe aux décisions concernant mes soins  |  |  |  |  |  |  |  |
| J’ai confiance que l’information sur mes soins est partagée avec les membres du personnel qui en ont besoin  |  |  |  |  |  |  |  |
| La communication avec le personnel au sujet de changements dans mes besoins 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 de mes soins 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 j’en ai besoin (aides-soignants, infirmiers et infirmières, médecins, thérapeutes, etc.) |  |  |  |  |  |  |  |
| Le personnel est disposé à suivre mes préférences ou mes suggestions au sujet de mes soins  |  |  |  |  |  |  |  |
| J’ai des choix en ce qui concerne mes soins (p. ex., l’heure du réveil, les vêtements que je porte, etc.)  |  |  |  |  |  |  |  |
| Le personnel me vient en aide les soins d’hygiène personnelle, au besoin (p. ex., en m’aidant à aller à la toilette)  |  |  |  |  |  |  |  |
| On s’occupe bien de moi 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 s a week |  |  |  |  |  |  |  |
| Le personnel me propose un traitement lorsque j’ai de la douleur  |  |  |  |  |  |  |  |
| Le personnel m’encourage à faire les choses que je suis capable de faire moi-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. |
| Je reçois l’aide dont j’ai besoin pour manger et boire tout au long de la journée |  |  |  |  |  |  |  |
| Une bonne variété d’aliments et de boissons m’est offerte  |  |  |  |  |  |  |  |
| L’expérience à l’heure des repas est agréable  |  |  |  |  |  |  |  |
| J’ai 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  |  |  |  |  |  |  |  |
| Je peux parler de mes problèmes personnels avec un membre du personnel si je le souhaite |  |  |  |  |  |  |  |
| J’ai accès à des services spirituels sur les lieux |  |  |  |  |  |  |  |
| Le personnel m’aide lorsque j’ai 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. |
| J’aime bien les activités qui sont offertes  |  |  |  |  |  |  |  |
| Les activités proposées sont de nature variée  |  |  |  |  |  |  |  |
| Le personnel récréatif modifie les activités au besoin afin que je puisse y participer  |  |  |  |  |  |  |  |
| Je peux choisir de participer ou non aux activités |  |  |  |  |  |  |  |
| Le personnel appuie ma participation aux activités qui me 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 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.

***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:

***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.***

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