

Sondage sur l'expérience client virtuelle : Santé mentale et traitement des dépendances

Nous aimerions recevoir vos commentaires sur votre récent rendez-vous virtuel (par vidéoconférence ou téléphone). Vos commentaires nous aideront à améliorer la qualité des services virtuels de notre organisme et à faire en sorte que ceux-ci soient offerts au plus grand nombre de client.e.s possible.

Veuillez répondre aux questions suivantes concernant votre expérience. Votre participation au sondage est volontaire. Répondre au questionnaire exigera environ 10 à 15 minutes de votre temps.

Nous recueillons des données démographiques (p. ex. genre, groupe d'âge, trois premiers caractères du code postal) pour nous aider à déterminer qui prend part aux rendez-vous de soins de santé virtuels. Cela nous aide aussi à repérer tout manque d'équité éventuel en matière de soins de santé ainsi que des moyens d'améliorer l'accès aux soins offerts et leur qualité au sein de notre organisme.

Veuillez sélectionner l'un des énoncés suivants pour nous indiquer à quel titre vous remplissez ce questionnaire.

- Je suis un.e client.e inscrit.e et je remplis le questionnaire au sujet des services de santé mentale ou de traitement de la dépendance que **j'ai reçus** dans cet établissement.
- J'aide un.e client.e inscrit.e à remplir le questionnaire au sujet des services de santé mentale ou de traitement de la dépendance qu'**il ou elle a reçus** dans cet établissement.
- Je suis un.e aidant.e (c.-à-d. aidant.e naturel.le, membre de la famille, conjoint.e, ami.e ou autre aidant.e) qui assiste une personne ayant un problème de santé mentale ou de dépendance. Je remplis le questionnaire au sujet des services que **j'ai reçus** dans cet établissement comme aidant.e.

À noter : Si une question ne s'applique pas à vous en tant qu'aidant.e, veuillez sélectionner « Sans objet ».

S'agissait-il de votre premier rendez-vous virtuel? Oui Non Je préfère ne pas répondre

S'agissait-il de votre premier rendez-vous virtuel avec ce prestataire de services? Oui Non Je préfère ne pas répondre

Depuis quel endroit vous êtes-vous présenté.e au rendez-vous virtuel?

- Votre domicile
- Établissement de santé
- Je préfère ne pas répondre
- Autre (Veuillez préciser) : _____

Quel appareil électronique avez-vous utilisé pour accéder à votre rendez-vous virtuel?

- Ordinateur
- Tablette ou téléphone intelligent
- Je préfère ne pas répondre
- Téléphone (audio seulement)
- Appareil de l'établissement de santé

Si votre rendez-vous virtuel s'est déroulé par vidéoconférence, quelle plateforme de vidéoconférence avez-vous utilisée [p. ex. Zoom, Microsoft Teams, Webex, OTN (Réseau Télémédecine Ontario), etc.]?

- Je l'ignore
- Je préfère ne pas répondre
- Sans objet

Est-ce que des apprenants ou des stagiaires (p. ex. étudiant.e, résident.e, membre du personnel) observaient votre rendez-vous?

- Oui
- Non
- Je préfère ne pas répondre

Quel est votre genre?

- | | |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Féminin | <input type="checkbox"/> Bispirituel.le (terme autochtone) |
| <input type="checkbox"/> Masculin | <input type="checkbox"/> Je l'ignore |
| <input type="checkbox"/> Inter- sexué.e | <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre |
| <input type="checkbox"/> Trans - de fém. à masc. | <input type="checkbox"/> Autre (Veuillez préciser) : _____ |
| <input type="checkbox"/> Trans - de masc. à fém. | |

Quel âge avez- vous?

- | | | |
|------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 12 ans ou moins | <input type="checkbox"/> 26-34 ans | <input type="checkbox"/> 55-64 ans |
| <input type="checkbox"/> 13-18 ans | <input type="checkbox"/> 35-44 ans | <input type="checkbox"/> 65 ans ou plus |
| <input type="checkbox"/> 19-25 ans | <input type="checkbox"/> 45-54 ans | <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre |

Veuillez nous fournir les trois premiers caractères de votre code postal (p. ex. L1X) : _____

Je préfère ne pas répondre

Êtes-vous né.e au Canada? Oui Non Je préfère ne pas répondre

Dans la négative, en quelle année êtes-vous arrivé.e au Canada? _____

Quelle réponse parmi les suivantes décrit le mieux votre origine raciale ou ethnique?

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asiatique de l'Est (p.ex. chinois.e, japonais.e, coréen.ne) | <input type="checkbox"/> Moyen-oriental.e (p. ex. égyptien.ne, iranien.ne, libanais.e) |
| <input type="checkbox"/> Asiatique du Sud (p. ex. indien.ne, pakistanais.e, sri lankais.e) | <input type="checkbox"/> Noir.e de l'Afrique (p. ex. ghanéen.ne, kényan.e, somalien.ne) |
| <input type="checkbox"/> Asiatique du Sud-Est (p. ex. malaisien.ne, philippin.e, vietnamien.ne) | <input type="checkbox"/> Noir.e des Caraïbes (p. ex. barbadien.ne, jamaïcain.e) |
| <input type="checkbox"/> Blanc.he de l'Europe (p. ex. anglais.e, italien.ne, portugais.e, russe) | <input type="checkbox"/> Noir.e de l'Amérique du Nord (p. ex. canadien.ne, américain.e) |
| <input type="checkbox"/> Blanc.he de l'Amérique du Nord (p. ex. canadien.ne, américain.e) | <input type="checkbox"/> Premières Nations |
| <input type="checkbox"/> Indien.ne des Caraïbes (p. ex. indo-guyanais.e) | <input type="checkbox"/> Origine mixte (p. ex. noir.e de l'Afrique et blanc.he de l'Amérique du Nord)
Veuillez préciser : _____ |
| <input type="checkbox"/> Inuit.e | <input type="checkbox"/> Autre (Veuillez préciser) : _____ |
| <input type="checkbox"/> Latino-américain.e (p. ex. argentin.e, chilien.ne, salvadorien.ne) | <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre |
| <input type="checkbox"/> Métis.se | |

Avez-vous l'un des problèmes de santé suivants? Cochez TOUTES les réponses pertinentes.

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle | <input type="checkbox"/> Trouble lié à l'utilisation d'une substance |
| <input type="checkbox"/> Déficience sensorielle (c.- à-d. perte auditive ou visuelle) | <input type="checkbox"/> Trouble d'apprentissage |
| <input type="checkbox"/> Handicap physique | <input type="checkbox"/> Autre(s) (Veuillez préciser) : _____ |
| <input type="checkbox"/> Maladie chronique | <input type="checkbox"/> Aucun |
| <input type="checkbox"/> Maladie mentale | <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre |

Avez-vous été hospitalisé.e pour un problème de santé mentale et/ou de dépendance au cours des 12 derniers mois?

Oui Non Je préfère ne pas répondre

Dans quelle mesure vous sentez-vous à l'aise avec les appareils électroniques dans votre vie quotidienne?

- | | | |
|--------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Très mal à l'aise | <input type="checkbox"/> À l'aise | <input type="checkbox"/> Sans objet |
| <input type="checkbox"/> Mal à l'aise | <input type="checkbox"/> Très à l'aise | <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre |

Pour chacun des énoncés suivants, veuillez choisir parmi les réponses suivantes : Pas du tout d'accord, Pas d'accord, D'accord ou Tout à fait d'accord.

		Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Sans objet	Je préfère ne pas répondre
1.	J'ai pu facilement accéder à des services de soins de santé virtuels auprès de cet organisme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	*Le temps que j'ai attendu pour obtenir les services était raisonnable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	J'ai pu facilement prendre un rendez-vous virtuel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Pendant mon rendez-vous virtuel, je pouvais voir clairement le prestataire de soins de santé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Pendant mon rendez-vous virtuel, je pouvais entendre clairement le prestataire de soins de santé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Je suis sûr.e que mon prestataire de soins de santé rattaché à cet organisme et mes autres prestataires de soins de santé travaillent en équipe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	J'estime que le temps alloué au rendez-vous virtuel était suffisant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Je me suis senti.e à l'aise pendant mon rendez-vous virtuel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Je suis de l'avis que les soins de santé virtuels sont aussi efficaces que ceux prodigués en personne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	J'ai pu obtenir un rendez-vous virtuel plus rapidement qu'un rendez-vous en personne auprès d'un prestataire de soins de santé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pour chacun des énoncés suivants, veuillez choisir parmi les réponses suivantes : Pas du tout d'accord, Pas d'accord, D'accord ou Tout à fait d'accord.

		Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Sans objet	Je préfère ne pas répondre
11.	*On m'a affirmé que l'information que j'avais donnée à mon sujet resterait confidentielle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	*Les employés comprenaient mes besoins et mes inquiétudes et pouvaient y répondre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	* Le personnel du programme m'a traité.e avec respect.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	J'ai reçu des soins virtuels attentifs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Je me suis senti.e en sécurité (émotionnellement et physiquement) pendant mon rendez-vous virtuel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Le prestataire de soins de santé m'a parlé de ma santé mentale et/ou de ma dépendance d'une manière facile à comprendre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	*On m'a demandé mon avis au sujet de mon traitement et du soutien reçus aussi souvent que je le souhaitais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Le prestataire de soins de santé m'a expliqué les avantages et les risques de tout traitement ou de toute intervention recommandés lors de mon rendez-vous virtuel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Je suis convaincu.e que je serai capable de suivre les recommandations du prestataire de soins de santé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Je comprends ce que je dois faire si j'ai une urgence concernant mon problème de santé mentale et/ou de dépendance, à la suite de ce rendez-vous.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pour chacun des énoncés suivants, veuillez choisir parmi les réponses suivantes : Pas du tout d'accord, Pas d'accord, D'accord ou Tout à fait d'accord.

		Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Sans objet	Je préfère ne pas répondre
21.	L'endroit depuis lequel j'ai eu accès à mon rendez-vous virtuel était pratique pour moi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Dans l'ensemble, je suis satisfait.e de mon rendez-vous virtuel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	N'hésitez pas à nous faire part de vos commentaires au sujet de votre rendez-vous virtuel. Veuillez ne pas inscrire votre nom ou toute information permettant de vous identifier.						

*Question tirée de *l'Outil de perception des soins en Ontario – Santé mentale et toxicomanie*.
Tous droits réservés © 2015 par CAMH.

MERCI D'AVOIR RÉPONDU AU QUESTIONNAIRE!

Questionnaire élaboré par Allison Crawford et Eva Serhal
Service de santé mentale virtuel et d'extension de CAMH

VCES@camh.ca

30 septembre 2021 © 2021 par CAMH (Version 1)

camh

AVIS DE NON-RESPONSABILITÉ : Le présent questionnaire a été élaboré initialement pour un usage interne chez CAMH. CAMH décline toute responsabilité quant à l'utilisation de ce questionnaire par toute personne ou par tout organisme n'étant pas associés à CAMH. Aucune partie du présent document ne peut être reproduite sous quelque forme que ce soit à des fins de publication, sans l'autorisation du Service de santé mentale virtuel et d'extension de CAMH. La version électronique du présent document est contrôlée. Les versions papier du questionnaire ne sont pas contrôlées et doivent toujours être comparées à la version électronique avant d'être utilisées. La version électronique doit toujours être considérée comme étant la version la plus récente et la plus exacte. La version la plus récente du présent sondage est en format électronique et est publiée par le Service de santé mentale virtuel et d'extension de CAMH.