

Sujet # : \_\_\_\_\_

# ÉTUDE CANADIENNE SUR L'ÉVALUATION DES SOINS DE SANTÉ

*Canadian Health Care Evaluation Project*

**(CANHELP) Lite**

## Questionnaire individualisé du patient

- Lieu de l'interview :
- Domicile ou maison de retraite
  - Hôpital
  - Unité de soins palliatifs
  - Centre d'hébergement et de soins de longue durée ou maison de soins infirmiers
  - Autre

Date : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
          JJ          MMM          AAAA

**Directives :**

Le questionnaire suivant comporte des éléments que l'on considère comme importants en matière de qualité de soins des personnes atteintes de maladies graves mettant leur vie en danger. Nous aimerions connaître votre point de vue à ce sujet dans le but de pouvoir améliorer votre situation.

Pour chacune des questions, choisissez un nombre de 1 à 5 pour indiquer l'importance que vous accordez à cet aspect des soins. Par exemple, si vous choisissez le chiffre « 1 » [**Pas du tout important**], cela signifie que cet aspect des soins est le moins important par rapport à tous les soins que vous recevez. Au contraire, si vous choisissez l'option « 5 » [**Extrêmement important**], cela signifie que cet aspect des soins est l'un des plus importants pour vous lorsque vous êtes malade.

Ensuite, nous vous demanderons votre degré de satisfaction concernant cet aspect particulier des soins. Plus le chiffre est élevé, plus vous en êtes satisfait. Si, par exemple, vous choisissez le chiffre « 1 » [**Pas du tout**], cela signifie que cet aspect des soins que vous avez reçus n'a répondu à aucune de vos attentes en matière de soins de haute qualité. Au contraire, si vous choisissez le chiffre « 5 » [**Entièrement**], cela signifie que cet aspect des soins que vous avez reçus a satisfait ou dépassé vos attentes en matière de soins de qualité. En répondant à ces questions, veuillez penser aux soins de santé que les médecins, infirmières et autres professionnels de la santé vous ont prodigués ***au cours du dernier mois***.

Vos réponses serviront à générer un rapport identifiant les choses dont vous dites qu'elles sont les plus importantes et dont vous êtes le moins satisfait. Ces informations seront transmises à l'équipe de soins afin qu'elle puisse travailler de concert avec vous pour vous offrir, ainsi qu'à votre famille, des soins de meilleure qualité. Le but ultime de ce questionnaire est d'informer l'équipe de soins de votre point de vue et des choses qu'elle pourrait faire autrement pour améliorer les soins. **Les réponses entièrement honnêtes sont les plus utiles!**

| Au cours du dernier mois...  | Importance            |                    |                  |                |                     | Satisfaction          |                    |                  |                |                       |
|--|-----------------------|--------------------|------------------|----------------|---------------------|-----------------------|--------------------|------------------|----------------|-----------------------|
| <p>Quelle importance a cet aspect des soins pour vous?</p> <p>Quel est votre degré de satisfaction par rapport aux soins que vous avez reçus?</p>  | Pas du tout important | Pas très important | Plutôt important | Très important | Extremely Important | Pas du tout satisfait | Pas très satisfait | Plutôt satisfait | Très satisfait | Entièrement satisfait |
|  | 1                     | 2                  | 3                | 4              | 5                   | 1                     | 2                  | 3                | 4              | 5                     |
| <b>Relations avec les médecins</b>   |                       |                    |                  |                |                     |                       |                    |                  |                |                       |
| 1. Le ou les médecins vous portent un intérêt personnel.   |                       |                    |                  |                |                     |                       |                    |                  |                |                       |
| 2. Le ou les médecins sont disponibles (par téléphone ou en personne) lorsque vous en avez besoin).  |                       |                    |                  |                |                     |                       |                    |                  |                |                       |
| 3. Vous faites confiance aux médecins qui s'occupent de vous.  |                       |                    |                  |                |                     |                       |                    |                  |                |                       |
| <b>Gestion de la maladie</b>   |                       |                    |                  |                |                     |                       |                    |                  |                |                       |
| 4. Les <u>médecins, infirmières et autres professionnels de la santé</u> qui s'occupent de vous connaissent suffisamment vos problèmes de santé pour vous offrir les meilleurs soins possible. |                       |                    |                  |                |                     |                       |                    |                  |                |                       |
| 5. Les <u>médecins, infirmières et autres professionnels de la santé</u> vous traitent de manière à préserver votre dignité.   |                       |                    |                  |                |                     |                       |                    |                  |                |                       |
| 6. On évalue et on contrôle adéquatement vos symptômes physiques (p. ex. : douleurs, difficultés à respirer, nausées).   |                       |                    |                  |                |                     |                       |                    |                  |                |                       |
| 7. On évalue et on contrôle adéquatement vos problèmes émotionnels (p. ex. : dépression, anxiété).   |                       |                    |                  |                |                     |                       |                    |                  |                |                       |
| 8. Vous avez de l'aide pour vos soins personnels, au besoin (p. ex. : prendre votre bain, faire votre toilette, vous habiller, manger).  |                       |                    |                  |                |                     |                       |                    |                  |                |                       |
| 9. Vous avez reçu de bons soins lorsqu'aucun parent ou ami ne pouvait être auprès de vous.   |                       |                    |                  |                |                     |                       |                    |                  |                |                       |
| 10. Vous arrivez à gérer les coûts associés à votre maladie.   |                       |                    |                  |                |                     |                       |                    |                  |                |                       |
| 11. L'environnement et l'ambiance où l'on vous soigne sont calmes et reposants.  |                       |                    |                  |                |                     |                       |                    |                  |                |                       |

| Au cours du dernier mois...  | Importance            |                    |                  |                |                     | Satisfaction          |                    |                  |                |                       |
|--|-----------------------|--------------------|------------------|----------------|---------------------|-----------------------|--------------------|------------------|----------------|-----------------------|
| <p>Quelle importance a cet aspect des soins pour vous?</p> <p>Quel est votre degré de satisfaction par rapport aux soins que vous avez reçus?</p>  | Pas du tout important | Pas très important | Plutôt important | Très important | Extremely Important | Pas du tout satisfait | Pas très satisfait | Plutôt satisfait | Très satisfait | Entièrement satisfait |
|  | 1                     | 2                  | 3                | 4              | 5                   | 1                     | 2                  | 3                | 4              | 5                     |
| 12. Les soins et les traitements que vous recevez sont conformes à vos souhaits.   |                       |                    |                  |                |                     |                       |                    |                  |                |                       |
| <b>Communication</b>   |                       |                    |                  |                |                     |                       |                    |                  |                |                       |
| 13. Vos médecins vous donnent des explications franches et <u>honnêtes</u> au sujet de votre maladie.  |                       |                    |                  |                |                     |                       |                    |                  |                |                       |
| 14. Tous les médecins et infirmières qui vous soignent vous communiquent des informations <u>constantes</u> sur votre état de santé.   |                       |                    |                  |                |                     |                       |                    |                  |                |                       |
| 15. Le ou les médecins <u>écoutent</u> ce que vous avez à dire.  |                       |                    |                  |                |                     |                       |                    |                  |                |                       |
| <b>Prise de décision</b>   |                       |                    |                  |                |                     |                       |                    |                  |                |                       |
| 16. Vous discutez avec votre ou vos médecins de l'endroit où vous seriez soigné (à l'hôpital, à la maison ou ailleurs) si votre condition s'aggravait.   |                       |                    |                  |                |                     |                       |                    |                  |                |                       |
| 17. Vous discutez avec votre ou vos médecins de l'utilisation de technologies de survie (p. ex. : RCR ou réanimation cardiorespiratoire, respirateurs, dialyse).   |                       |                    |                  |                |                     |                       |                    |                  |                |                       |
| 18. Vous participez à la prise de décision concernant vos soins médicaux.  |                       |                    |                  |                |                     |                       |                    |                  |                |                       |
| 19. Vous discutez avec un <u>membre de votre famille</u> ou quelqu'un d'autre qui aurait à prendre des décisions, selon vos souhaits, concernant vos soins futurs, si vous étiez incapable de prendre ces décisions vous-même. |                       |                    |                  |                |                     |                       |                    |                  |                |                       |
| <b>Se sentir en paix</b>   |                       |                    |                  |                |                     |                       |                    |                  |                |                       |
| 20. Vous êtes en paix.   |                       |                    |                  |                |                     |                       |                    |                  |                |                       |