

Service des soins intensifs

Qu'en pensez-vous?

Votre avis concernant le récent séjour de votre proche au service des soins intensifs

Votre proche a été hospitalisé¹ dans le service des soins intensifs de.... Vous êtes enregistré dans notre documentation comme proche parent. Les questions suivantes **VOUS** sont posées concernant **le séjour le plus récent de votre proche aux soins intensifs**. Nous sommes conscients que différents médecins, infirmiers et autres membres du personnel étaient impliqués dans les soins de votre proche. Nous savons qu'il y a pu y avoir des situations exceptionnelles, mais nous nous intéressons à **votre évaluation globale** de la qualité des soins prodigués. Nous comprenons que c'était probablement une période très difficile pour vous et vos proches. Nous vous serions reconnaissants de prendre le temps de nous donner votre avis. Merci de prendre un instant pour nous dire ce qui vous semble bien et ce que nous pouvons faire pour améliorer notre service de soins intensifs. Vos réponses seront bien entendu traitées de manière confidentielle. Les médecins et infirmiers qui s'occupaient de votre proche ne seront pas en mesure d'identifier vos réponses. Comme partie d'un projet de recherche pour comprendre la relation entre l'organisation de l'hôpital et la satisfaction des familles avec les soins intensifs, nous allons faire le lien entre les réponses de votre questionnaire et des informations de bases concernant votre proche (âge, sexe, gravité de la maladie, diagnostic principal, durée du séjour aux soins intensifs, et état du patient à la sortie des soins intensifs); nous allons également faire le lien entre un questionnaire pour le personnel et l'organisation de l'hôpital. Si vous souhaitez participer à cette étude et que vous êtes au clair avec la marche à suivre décrite dans ce formulaire, merci de compléter et de nous retourner ce questionnaire. La participation à cette enquête est totalement libre- la participation est volontaire et pas systématique. En complétant et retournant ce questionnaire, vous donnez votre consentement à la participation à cette étude.

DONNEES DEMOGRAPHIQUES:

Remplissez s.v.p. les questions suivantes pour nous donner quelques informations sur vous et votre relation avec le patient.

- Je suis : θ un homme θ une femme
- J'ai _____ ans
- Je suis:
 θ la femme θ le mari θ le partenaire

¹ Dans ce document, le genre masculin est utilisé comme générique, dans le seul but de ne pas alourdir le texte.

Qu'en pensez-vous?

Votre avis concernant le séjour de votre proche aux soins intensifs

la mère

le père

la soeur

le frère

la fille

le fils

autre (détails): _____

du patient

- Avant cet événement récent, avez-vous déjà été impliqué en tant que proche d'un patient aux soins intensifs

Oui

Non

Qu'en pensez-vous?
Votre avis concernant le séjour de votre proche aux soins intensifs

PARTIE 1: SATISFACTION CONCERNANT LES SOINS

Cocher s.v.p. la case qui reflète au mieux votre opinion. Si la question ne concerne pas le séjour de votre parent, veuillez cocher la case non pertinent (N/P).

**COMMENT AVONS-NOUS
 TRAITÉ VOTRE PROCHE
 (LE PATIENT)**

1.	Intérêt et attention portés par le personnel des soins intensifs : Courtoisie, respect et compassion envers votre proche (le patient)	01 Excellent	02 Très bien	03 Bien	04 Moyen	05 Mauvais	06 N/P
----	---	------------------------	------------------------	-------------------	--------------------	----------------------	------------------

Traitement des symptômes:
 Comment le personnel des soins intensifs a-t-il su évaluer et traiter les symptômes de votre proche ?

2.	La douleur	01 Excellent	02 Très bien	03 Bien	04 Moyen	05 Mauvais	06 N/P
----	-------------------	------------------------	------------------------	-------------------	--------------------	----------------------	------------------

3.	La détresse respiratoire	01 Excellent	02 Très bien	03 Bien	04 Moyen	05 Mauvais	06 N/P
----	---------------------------------	------------------------	------------------------	-------------------	--------------------	----------------------	------------------

4.	L'agitation	01 Excellent	02 Très bien	03 Bien	04 Moyen	05 Mauvais	06 N/P
----	--------------------	------------------------	------------------------	-------------------	--------------------	----------------------	------------------

DE QUELLE MANIÈRE AVEZ-VOUS ÉTÉ PRIS EN CHARGE?

5.	Prise en considération de vos besoins: De quelle manière le personnel des soins intensifs s'est-il intéressé à vos besoins ?	01 Excellent	02 Très bien	03 Bien	04 Moyen	05 Mauvais	06 N/P
----	--	------------------------	------------------------	-------------------	--------------------	----------------------	------------------

6.	Soutien moral: De quelle manière le personnel des soins intensifs vous a-t-il soutenu moralement ?	01 Excellent	02 Très bien	03 Bien	04 Moyen	05 Mauvais	06 N/P
----	--	------------------------	------------------------	-------------------	--------------------	----------------------	------------------

7.	Coordination des soins: Le travail d'équipe de tout le personnel des soins intensifs qui a pris soin de votre proche	01 Excellent	02 Très bien	03 Bien	04 Moyen	05 Mauvais	06 N/P
----	--	------------------------	------------------------	-------------------	--------------------	----------------------	------------------

8.	Intérêt et attention portés par le	01	02	03	04	05	06
----	---	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

Qu'en pensez-vous?

Votre avis concernant le séjour de votre proche aux soins intensifs

personnel des soins intensifs: Excellent Très bien Bien Moyen Mauvais N/P
Courtoisie, respect et compassion envers vous.

PERSONNEL INFIRMIER

9. **Pratique et compétences du personnel infirmier:** θ_1 θ_2 θ_3 θ_4 θ_5 θ_6
De quelle manière le personnel infirmier a-t-il soigné votre proche ?
Excellent Très bien Bien Moyen Mauvais N/P

10. **Fréquence de communication avec le personnel infirmier:** θ_1 θ_2 θ_3 θ_4 θ_5 θ_6
A quelle fréquence le personnel infirmier vous a-t-il informé de l'état de votre proche ?
Très souvent Souvent Parfois Rarement Jamais N/P

MEDECINS (Tous les médecins, y compris les médecins assistants)

11. **Pratique et compétences des médecins des soins intensifs:** θ_1 θ_2 θ_3 θ_4 θ_5 θ_6
De quelle manière les médecins ont-ils soigné votre proche ?
Excellent Très bien Bien Moyen Mauvais N/P

SOINS INTENSIFS

12. **Comment était l'ambiance aux soins intensifs?** θ_1 θ_2 θ_3 θ_4 θ_5 θ_6
Excellent Très bien Bien Moyen Mauvais N/P

SALLE D'ATTENTE

13. **Comment était l'ambiance dans la salle d'attente des soins intensifs?** θ_1 θ_2 θ_3 θ_4 θ_5 θ_6
Excellent Très bien Bien Moyen Mauvais N/P

Q14 LISEZ ATTENTIVEMENT LES POSSIBILITÉS DE RÉPONSES

14. **Certaines personnes veulent que tout soit entrepris pour améliorer leurs problèmes de santé, alors que d'autres souhaitent le minimum. Avez-vous été satisfait avec le degré de soins reçus par votre proche aux soins intensifs?** θ_1 θ_2 θ_3 θ_4 θ_5

Très insatisfait Quelques peu insatisfait En partie satisfait Très satisfait Totalement satisfait

Qu'en pensez-vous?
Votre avis concernant le séjour de votre proche aux soins intensifs

**PARTIE 2: SATISFACTION DES PROCHES AVEC LA PRISE DE DECISION
CONCERNANT LES SOINS DE PATIENTS DANS UN ETAT CRITIQUE**

INSTRUCTIONS POUR LES PROCHES DE PATIENTS DANS UN ETAT CRITIQUE

Cette partie du questionnaire a été conçue pour évaluer vos sentiments concernant VOTRE implication dans les décisions relatives au soin de votre proche. Aux soins intensifs, votre proche a pu recevoir des soins de différentes personnes. Lorsque vous remplissez le questionnaire, nous vous saurions gré de tenir compte des soins dans leur ensemble qu'a reçus votre proche.

Cochez s.v.p. la case qui correspond le mieux à votre opinion

BESOIN D'INFORMATIONS

- | | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 |
|--|--------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1. Fréquence de communication avec les médecins des soins intensifs:
A quelle fréquence les médecins vous ont-ils informé de l'état de votre proche ? | Très souvent | Souvent | Parfois | Rarement | Jamais | N/P |
| 2. Clarté l'information:
Disponibilité du personnel des soins intensifs à répondre à vos questions | Excellent | Très bien | Bien | Moyen | Mauvais | N/P |
| 3. Compréhensibilité de l'information:
Dans quelle mesure le personnel des soins intensifs vous a-t-il fourni des explications compréhensibles ? | Excellent | Très bien | Bien | Moyen | Mauvais | N/P |
| 4. Sincérité de l'information:
La sincérité de l'information fournie concernant l'état de votre proche | Excellent | Très bien | Bien | Moyen | Mauvais | N/P |
| 5. Intégralité de l'information:
De quelle manière le personnel des soins intensifs vous a-t-il informé de ce qui arrivait à votre proche et du pourquoi des traitements ? | Excellent | Très bien | Bien | Moyen | Mauvais | N/P |

Qu'en pensez-vous?

Votre avis concernant le séjour de votre proche aux soins intensifs

6.	Concordance de l'information:	$\theta 1$	$\theta 2$	$\theta 3$	$\theta 4$	$\theta 5$	$\theta 6$
	La concordance des informations fournies concernant l'état de votre proche (Avez-vous reçu des versions similaires du médecin, personnel infirmier, etc.)	Excellent	Très bien	Bien	Moyen	Mauvais	N/P

Qu'en pensez-vous?
Votre avis concernant le séjour de votre proche aux soins intensifs

PROCESSUS DE PRISE DE DECISIONS:

Durant le séjour de votre proche aux soins intensifs, de nombreuses décisions importantes concernant le traitement de votre proche ont dû être prises. Pour les questions suivantes, choisissez la réponse qui correspond le mieux à votre avis:

7. **Vous êtes-vous senti impliqué dans le processus de prise de décisions?**
- 01 Je me suis senti totalement exclu
 - 02 Je me suis senti quelque peu exclu
 - 03 Je ne me suis senti ni impliqué ni exclu du processus de prise de décisions
 - 04 Je me suis senti en partie impliqué
 - 05 Je me suis senti totalement impliqué
8. **Vous êtes-vous senti soutenu lors de la prise de décisions?**
- 01 Je me suis senti totalement dépassé
 - 02 Je me suis senti quelque peu dépassé
 - 03 Je ne me suis senti ni dépassé, ni soutenu
 - 04 Je me suis senti soutenu
 - 05 Je me suis senti totalement soutenu
9. **Vous êtes-vous senti impliqué dans les soins de votre proche?**
- 01 Je me suis senti totalement exclu; j'ai eu le sentiment que l'équipe soignante a pris le contrôle et a dicté les soins que mon proche a reçus.
 - 02 Je me suis senti quelque peu exclu; j'ai eu en partie le sentiment que l'équipe soignante a pris le contrôle et a dicté les soins que mon proche a reçus.
 - 03 Je ne me suis senti ni impliqué ni exclu.
 - 04 Je me suis senti en partie impliqué dans les soins que mon proche a reçus
 - 05 Je me suis senti totalement impliqué dans les soins que mon proche a reçus
10. **Lorsque des décisions étaient prises, avez-vous eu suffisamment de temps pour exprimer vos inquiétudes et recevoir une réponse à vos questions?**
- 01 J'aurais eu besoin de plus de temps
 - 02 J'ai eu suffisamment de temps
 - 03 J'ai eu plus de temps que nécessaire

Qu'en pensez-vous?
Votre avis concernant le séjour de votre proche aux soins intensifs

Si votre proche est décédé durant son séjour aux soins intensifs, merci de répondre aux questions suivantes (11-13). Si ce n'est pas le cas, passez directement à la question 14.

11. Quelle affirmation correspond le mieux à votre avis:

- θ1 J'ai eu le sentiment que la vie de mon proche a été prolongée inutilement
- θ2 J'ai eu le sentiment que la vie de mon proche a été en partie prolongée inutilement
- θ3 J'ai eu le sentiment que la vie de mon proche n'a ni été prolongée ni été écourtée inutilement
- θ4 J'ai eu le sentiment que la vie de mon proche a été en partie écourtée inutilement
- θ5 J'ai eu le sentiment que la vie de mon proche a été écourtée inutilement

12. Durant les dernières heures de vie de votre proche, quelle affirmation correspond le mieux à votre avis:

- θ1 J'ai eu le sentiment qu'il a beaucoup souffert
- θ2 J'ai eu le sentiment qu'il a un peu souffert
- θ3 J'ai eu le sentiment qu'il n'a pas souffert
- θ4 J'ai eu le sentiment qu'il était apaisé/serein
- θ5 J'ai eu le sentiment qu'il était très apaisé/serein

13. Durant les heures précédant le décès de votre proche, quelle affirmation correspond le mieux à votre avis:

- θ1 Je me suis senti totalement abandonné par l'équipe soignante
- θ2 Je me suis senti abandonné par l'équipe soignante
- θ3 Je ne me suis senti ni abandonné ni soutenu par l'équipe soignante
- θ4 Je me suis senti soutenu par l'équipe soignante
- θ5 Je me suis senti parfaitement soutenu par l'équipe soignante

14. . Avez-vous des suggestions concernant la manière dont nous pourrions améliorer les soins offerts aux soins intensifs?

15. Souhaitez-vous mentionner quelque chose de positif?

Qu'en pensez-vous?
Votre avis concernant le séjour de votre proche aux soins intensifs

16. Ajoutez tout commentaire ou suggestion pouvant être utile au personnel des soins intensifs.

Merci beaucoup pour votre participation.
Merci de retourner le questionnaire une fois rempli à la personne responsable aux soins intensifs, ou de le glisser dans l'enveloppe affranchie et adressée et de nous l'envoyer aussi rapidement que possible.