

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

**ÉTUDE CANADIENNE SUR L'ÉVALUATION  
DES SOINS DE SANTÉ**

*Canadian Health Care Evaluation Project*

**(CANHELP) Lite**

**Questionnaire de satisfaction  
de l'aidant en deuil**

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

Directives :

Nous comprenons que cette période est difficile pour vous. Nous sommes reconnaissants de votre considération et du temps que vous prendrez pour remplir ce questionnaire CANHELP Lite sur votre satisfaction concernant les soins que votre parent a reçus depuis la dernière fois que vous (ou votre parent) y avez répondu à l'hôpital. Ce questionnaire comporte des éléments que l'on considère importants en matière de qualité des soins de fin de vie.

Pensez aux soins de santé que vous et votre parent avez reçus **au cours des 4 dernières semaines** de sa vie, à l'hôpital ou à la maison, de la part des médecins, infirmières et autres professionnels de la santé. Pour chacune des questions, veuillez noircir le cercle à côté de la réponse qui indique votre degré de satisfaction concernant cet aspect particulier des soins. Si, par exemple, vous choisissez « **Pas du tout** », cela signifie que cet aspect des soins que votre parent et vous avez reçus n'a répondu à aucune de vos attentes en matière de soins de haute qualité. Au contraire, si vous choisissez « **Entièrement** », cela signifie que cet aspect des soins prodigués à votre parent a satisfait ou dépassé vos attentes en matière de qualité de soins.

Le but global de ce questionnaire est de faire connaître à l'équipe des soins de santé ce qu'elle peut faire pour améliorer les soins de patients comme votre parent et vous. Toutes les réponses sont confidentielles. Les médecins ou autres professionnels chargés des soins de santé de votre parent ne les verront pas. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. **Les réponses entièrement honnêtes sont les plus utiles!**

Une fois le questionnaire rempli, veuillez nous le faire parvenir à l'aide de l'enveloppe adressée et timbrée ci-jointe. Merci beaucoup!

**N.B. Dans le but de faciliter la lecture, seul le masculin singulier a été utilisé**

### Lieu des soins de fin de vie

Avant de passer au questionnaire officiel, nous vous serions reconnaissants de nous fournir quelques informations sur votre récente expérience.

1. Où votre parent est-il décédé?

- Unité de l'hôpital
- Unité de soins intensifs
- Unité de soins palliatifs
- Maison de soins palliatifs
- Domicile ou maison de retraite (ou chez un membre de la famille)
- Centre d'hébergement et de soins de longue durée / de maladies chroniques
- Autre (préciser) : \_\_\_\_\_

2. Selon vous, est-ce que cet endroit était celui où votre parent préférerait mourir?

- Oui       Non

Si **NON**, où votre parent aurait-il préféré mourir?

- Unité de l'hôpital
- Unité de soins intensifs
- Unité de soins palliatifs
- Maison de soins palliatifs
- Domicile ou maison de retraite (ou chez un membre de la famille)
- Centre d'hébergement et de soins de longue durée / de maladies chroniques
- Autre (préciser) : \_\_\_\_\_

3. Est-ce que cet endroit était celui que vous préféreriez pour le décès de votre parent?

- Oui       Non

Si **NON**, où auriez-vous préféré qu'il décède?

- Unité de l'hôpital
- Unité de soins intensifs
- Unité de soins palliatifs
- Maison de soins palliatifs
- Domicile ou maison de retraite (ou chez un membre de la famille)
- Centre d'hébergement et de soins de longue durée / de maladies chroniques
- Autre (préciser) : \_\_\_\_\_

**Les questions suivantes concernent les soins que votre parent a reçus au cours du dernier mois.**

**Veillez noircir le cercle correspondant à votre degré de satisfaction pour chacune d'elles.**

1. En général, êtes-vous satisfait de la qualité des soins que votre parent a reçus *au cours des 4 semaines avant sa mort*?

Pas du tout  Pas tellement  Plutôt  Très  Entièrement

2. En général, êtes-vous satisfait de la manière dont vous avez été traité par les médecins, infirmières et autres professionnels de la santé qui s'occupaient de votre parent *au cours des 4 semaines avant sa mort*?

Pas du tout  Pas tellement  Plutôt  Très  Entièrement

***Relations avec les médecins***

3. Êtes-vous satisfait du fait que le ou les médecins aient démontré de l'intérêt personnel envers votre parent *au cours des 4 semaines avant sa mort*?

Pas du tout  Pas tellement  Plutôt  Très  Entièrement

4. Êtes-vous satisfait de la disponibilité du ou des médecins (en personne ou au téléphone) lorsque vous ou votre parent en aviez besoin *au cours des 4 semaines avant sa mort*?

Pas du tout  Pas tellement  Plutôt  Très  Entièrement

5. Êtes-vous satisfait de votre degré de confiance envers le ou les médecins qui s'occupaient de votre parent *au cours des 4 semaines avant sa mort*?

Pas du tout  Pas tellement  Plutôt  Très  Entièrement

***Caractéristiques des médecins et infirmières***

6. Êtes-vous satisfait de la compassion et du soutien que les médecins, infirmières et autres professionnels de la santé qui soignaient votre parent lui démontraient *au cours des 4 semaines avant sa mort*?

Pas du tout  Pas tellement  Plutôt  Très  Entièrement

7. Êtes-vous satisfait de la compassion et du soutien que les médecins, infirmières et autres professionnels de la santé qui soignaient votre parent vous démontraient, *au cours des 4 semaines avant sa mort*?

Pas du tout  Pas tellement  Plutôt  Très  Entièrement

**Gestion de la maladie**

8. Êtes-vous satisfait des tests qu'on a effectués et des traitements prodigués à votre parent pour ses problèmes médicaux *au cours des 4 semaines avant sa mort*?

Pas du tout  Pas tellement  Plutôt  Très  Entièrement

9. Êtes-vous satisfait du contrôle adéquat des symptômes physiques de votre parent *au cours des 4 semaines avant sa mort* (p. ex. : douleurs, difficultés à respirer, nausées)?

Pas du tout  Pas tellement  Plutôt  Très  Entièrement

10. Êtes-vous satisfait du contrôle adéquat des problèmes émotionnels de votre parent *au cours des 4 semaines avant sa mort* (p. ex. : dépression, anxiété)?

Pas du tout  Pas tellement  Plutôt  Très  Entièrement

11. Êtes-vous satisfait de l'aide que votre parent a reçue pour ses soins personnels *au cours des 4 semaines avant sa mort* (p. ex. : prendre son bain, faire sa toilette, s'habiller, manger)?

Pas du tout  Pas tellement  Plutôt  Très  Entièrement  Ne s'applique pas

12. Êtes-vous satisfait des bons soins que votre parent a reçus *au cours des 4 semaines avant sa mort*, lorsque vous ne pouviez pas être auprès de lui?

Pas du tout  Pas tellement  Plutôt  Très  Entièrement

13. Êtes-vous satisfait de la façon dont les travailleurs de la santé faisaient équipe pour prendre soin de votre parent, *au cours des 4 semaines avant sa mort*?

Pas du tout  Pas tellement  Plutôt  Très  Entièrement

14. Êtes-vous satisfait d'avoir pu gérer les coûts associés à la maladie de votre parent *au cours des 4 semaines avant sa mort*?

Pas du tout  Pas tellement  Plutôt  Très  Entièrement

15. Êtes-vous satisfait de l'environnement ou de l'ambiance dans lesquels votre parent a été soigné *au cours des 4 semaines avant sa mort*?

Pas du tout  Pas tellement  Plutôt  Très  Entièrement

16. Êtes-vous satisfait que les soins et les traitements prodigués à votre parent *au cours des 4 semaines avant sa mort* étaient conformes à ses souhaits?

Pas du tout  Pas tellement  Plutôt  Très  Entièrement

### **Communication et prise de décision**

17. Êtes-vous satisfait des explications franches et honnêtes du ou des médecins de votre parent concernant sa maladie, *au cours des 4 semaines avant sa mort*?

Pas du tout  Pas tellement  Plutôt  Très  Entièrement

18. Êtes-vous satisfait que tous les médecins et infirmières qui prenaient soin de votre parent *au cours des 4 semaines avant sa mort* vous aient fourni des informations constantes sur son état de santé?

Pas du tout  Pas tellement  Plutôt  Très  Entièrement

19. Êtes-vous satisfait de l'écoute des médecins *au cours des 4 semaines avant la mort de votre parent*?

Pas du tout  Pas tellement  Plutôt  Très  Entièrement

20. Êtes-vous satisfait des discussions avec le ou les médecins de votre parent *au cours des 4 semaines avant sa mort* concernant l'endroit où il serait soigné (à l'hôpital, à la maison ou ailleurs) si sa condition s'aggravait?

Pas du tout  Pas tellement  Plutôt  Très  Entièrement

### **Votre implication**

21. Êtes-vous satisfait des discussions que vous avez eues *au cours des 4 semaines avant la mort* de votre parent avec son ou ses médecins à propos de l'utilisation de technologies de survie (p. ex. : RCR ou réanimation cardiorespiratoire, respirateurs, dialyse)?

Pas du tout  Pas tellement  Plutôt  Très  Entièrement

22. Êtes-vous satisfait de votre rôle dans la prise de décision concernant les soins médicaux de votre parent *au cours des 4 semaines avant sa mort*?

Pas du tout  Pas tellement  Plutôt  Très  Entièrement

23. Êtes-vous satisfait des discussions avec votre parent *au cours des 4 semaines avant sa mort* sur ce qu'il souhaitait concernant ses soins futurs dans le cas où il serait incapable de prendre ses propres décisions?

Pas du tout  Pas tellement  Plutôt  Très  Entièrement

24. Êtes-vous satisfait qu'*au cours des 4 semaines avant la mort de votre parent*, vous ayez compris ce à quoi il fallait vous attendre en phase terminale de sa maladie (p. ex. : en ce qui a trait aux symptômes et mesures de confort).

Pas du tout  Pas tellement  Plutôt  Très  Entièrement