

Satisfaction familiale à l'égard des services de soins intensifs: « FS-ICU 24R »©

Qu'en pensez-vous?

Nous aimerions avoir votre avis concernant le récent séjour de votre proche au service des soins intensifs.

Votre proche a été hospitalisé dans le service des soins intensifs. 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. **Vos réponses seront bien entendu traitées de manière confidentielle**. 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. Les médecins et infirmiers qui s'occupaient de votre proche ne seront pas en mesure d'identifier vos réponses.

PART 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 proche, veuillez cocher la case non pertinent (N/P).

COMMENT AVONS-NOUS TRAITÉ VOTRE PROCHE (LE PATIENT)? À QUEL POINT ÉTIEZ-VOUS SATISFAIT...

- | | | | | | | | |
|----|---|---|--|--|---|---|---------------------------------|
| 1. | Intérêt et attention portés par le personnel des soins intensifs :
Courtoisie, respect et compassion envers votre proche (le patient). | 
Très insatisfait
<input type="checkbox"/> 1 | 
Quelque peu insatisfait
<input type="checkbox"/> 2 | 
En partie satisfait
<input type="checkbox"/> 3 | 
Très satisfait
<input type="checkbox"/> 4 | 
Totalem ^t satisfait
<input type="checkbox"/> 5 | N/P
<input type="checkbox"/> |
| 2. | Traitement des symptômes:
Comment le personnel des soins intensifs a-t-il su évaluer et traiter les symptômes de votre proche ? | | | | | | |
| a. | Comment le personnel des soins intensifs a-t-il su évaluer et traiter <u>la douleur</u> de votre proche. | 
Très insatisfait
<input type="checkbox"/> 1 | 
Quelque peu insatisfait
<input type="checkbox"/> 2 | 
En partie satisfait
<input type="checkbox"/> 3 | 
Très satisfait
<input type="checkbox"/> 4 | 
Totalem ^t satisfait
<input type="checkbox"/> 5 | N/P
<input type="checkbox"/> |
| b. | Comment le personnel des soins intensifs a-t-il su évaluer et traiter <u>la détresse respiratoire</u> de votre proche. | 
Très insatisfait
<input type="checkbox"/> 1 | 
Quelque peu insatisfait
<input type="checkbox"/> 2 | 
En partie satisfait
<input type="checkbox"/> 3 | 
Très satisfait
<input type="checkbox"/> 4 | 
Totalem ^t satisfait
<input type="checkbox"/> 5 | N/P
<input type="checkbox"/> |
| c. | Comment le personnel des soins intensifs a-t-il su évaluer et traiter <u>l'agitation</u> de votre proche. | 
Très insatisfait
<input type="checkbox"/> 1 | 
Quelque peu insatisfait
<input type="checkbox"/> 2 | 
En partie satisfait
<input type="checkbox"/> 3 | 
Très satisfait
<input type="checkbox"/> 4 | 
Totalem ^t satisfait
<input type="checkbox"/> 5 | N/P
<input type="checkbox"/> |

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

DE QUELLE MANIÈRE AVEZ-VOUS ÉTÉ PRIS EN CHARGE?)? À QUEL POINT ÉTIEZ-VOUS SATISFAIT...

- | | | | | | | | |
|----|--|---|--|--|---|--|---------------------------------|
| 3. | Prise en considération de vos besoins:
De quelle manière le personnel des soins intensifs s'est-il intéressé à vos besoins ? | 
Très insatisfait
<input type="checkbox"/> 1 | 
Quelque peu insatisfait
<input type="checkbox"/> 2 | 
En partie satisfait
<input type="checkbox"/> 3 | 
Très satisfait
<input type="checkbox"/> 4 | 
Totalemment satisfait
<input type="checkbox"/> 5 | N/P
<input type="checkbox"/> |
| 4. | Soutien moral:
De quelle manière le personnel des soins intensifs vous a-t-il soutenu moralement ? | 
Très insatisfait
<input type="checkbox"/> 1 | 
Quelque peu insatisfait
<input type="checkbox"/> 2 | 
En partie satisfait
<input type="checkbox"/> 3 | 
Très satisfait
<input type="checkbox"/> 4 | 
Totalemment satisfait
<input type="checkbox"/> 5 | N/P
<input type="checkbox"/> |
| 5. | Coordination des soins :
Le travail d'équipe de tout le personnel des soins intensifs qui a pris soin de votre proche. | 
Très insatisfait
<input type="checkbox"/> 1 | 
Quelque peu insatisfait
<input type="checkbox"/> 2 | 
En partie satisfait
<input type="checkbox"/> 3 | 
Très satisfait
<input type="checkbox"/> 4 | 
Totalemment satisfait
<input type="checkbox"/> 5 | N/P
<input type="checkbox"/> |
| 6. | Intérêt et attention portés par le personnel des soins intensifs :
Courtoisie, respect et compassion envers vous. | 
Très insatisfait
<input type="checkbox"/> 1 | 
Quelque peu insatisfait
<input type="checkbox"/> 2 | 
En partie satisfait
<input type="checkbox"/> 3 | 
Très satisfait
<input type="checkbox"/> 4 | 
Totalemment satisfait
<input type="checkbox"/> 5 | N/P
<input type="checkbox"/> |

LE PERSONNEL DES SOINS INTENSIFS: À QUEL POINT ÉTIEZ-VOUS SATISFAIT...

- | | | | | | | | |
|----|---|---|--|--|---|--|---------------------------------|
| 7. | Pratique et compétences du personnel infirmier:
De quelle manière le personnel infirmier a-t-il soigné votre proche ? | 
Très insatisfait
<input type="checkbox"/> 1 | 
Quelque peu insatisfait
<input type="checkbox"/> 2 | 
En partie satisfait
<input type="checkbox"/> 3 | 
Très satisfait
<input type="checkbox"/> 4 | 
Totalemment satisfait
<input type="checkbox"/> 5 | N/P
<input type="checkbox"/> |
| 8. | Fréquence de communication avec le personnel infirmier:
A quelle fréquence le personnel infirmier vous a-t-il informé de l'état de votre proche ? | 
Très insatisfait
<input type="checkbox"/> 1 | 
Quelque peu insatisfait
<input type="checkbox"/> 2 | 
En partie satisfait
<input type="checkbox"/> 3 | 
Très satisfait
<input type="checkbox"/> 4 | 
Totalemment satisfait
<input type="checkbox"/> 5 | N/P
<input type="checkbox"/> |
| 9. | Pratique et compétences des médecins des soins intensifs (Tous les médecins, y compris les médecins assistants):
De quelle manière les médecins ont-ils soigné votre proche ? | 
Très insatisfait
<input type="checkbox"/> 1 | 
Quelque peu insatisfait
<input type="checkbox"/> 2 | 
En partie satisfait
<input type="checkbox"/> 3 | 
Très satisfait
<input type="checkbox"/> 4 | 
Totalemment satisfait
<input type="checkbox"/> 5 | N/P
<input type="checkbox"/> |

S'ALLE D'ATTENTE

- | | | | | | | | |
|-----|--|---|--|--|---|--|---------------------------------|
| 10. | À quel point étiez-vous satisfait de l'ambiance dans la salle d'attente des soins intensifs? | 
Très insatisfait
<input type="checkbox"/> 1 | 
Quelque peu insatisfait
<input type="checkbox"/> 2 | 
En partie satisfait
<input type="checkbox"/> 3 | 
Très satisfait
<input type="checkbox"/> 4 | 
Totalemment satisfait
<input type="checkbox"/> 5 | N/P
<input type="checkbox"/> |
|-----|--|---|--|--|---|--|---------------------------------|

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

SOINS INTENSIFS

11.	À quel point étiez-vous satisfait de l'ambiance aux soins intensifs?						N/P
		Très insatisfait	Quelque peu insatisfait	En partie satisfait	Très satisfait	Totalement satisfait	
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
12.	À quel point étiez-vous satisfait de votre participation aux tournées des patients ?						N/P
		Très insatisfait	Quelque peu insatisfait	En partie satisfait	Très satisfait	Totalement satisfait	
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
13.	À quel point étiez-vous satisfait de votre participation aux soins de votre proches ?						N/P
		Très insatisfait	Quelque peu insatisfait	En partie satisfait	Très satisfait	Totalement satisfait	
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
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 ?						N/P
		Très insatisfait	Quelque peu insatisfait	En partie satisfait	Très satisfait	Totalement satisfait	
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>

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 ÉTAT CRITIQUE

INSTRUCTIONS POUR LES PROCHES DE PATIENTS DANS UN ÉTAT 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.

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

BESOINS D'INFORMATIONS : À QUEL POINT ÉTIEZ-VOUS SATISFAIT...

- | | | | | | | |
|--|---|--|--|---|--|---------------------------------|
| 15. 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 insatisfait
<input type="checkbox"/> 1 | 
Quelque peu insatisfait
<input type="checkbox"/> 2 | 
En partie satisfait
<input type="checkbox"/> 3 | 
Très satisfait
<input type="checkbox"/> 4 | 
Totalemment satisfait
<input type="checkbox"/> 5 | N/P
<input type="checkbox"/> |
| 16. Clarté l'information :
Disponibilité du personnel des soins intensifs à répondre à vos questions | 
Très insatisfait
<input type="checkbox"/> 1 | 
Quelque peu insatisfait
<input type="checkbox"/> 2 | 
En partie satisfait
<input type="checkbox"/> 3 | 
Très satisfait
<input type="checkbox"/> 4 | 
Totalemment satisfait
<input type="checkbox"/> 5 | N/P
<input type="checkbox"/> |
| 17. Compréhensibilité de l'information :
Dans quelle mesure le personnel des soins intensifs vous a-t-il fourni des explications compréhensibles ? | 
Très insatisfait
<input type="checkbox"/> 1 | 
Quelque peu insatisfait
<input type="checkbox"/> 2 | 
En partie satisfait
<input type="checkbox"/> 3 | 
Très satisfait
<input type="checkbox"/> 4 | 
Totalemment satisfait
<input type="checkbox"/> 5 | N/P
<input type="checkbox"/> |
| 18. Sincérité de l'information :
La sincérité de l'information fournie concernant l'état de votre proche | 
Très insatisfait
<input type="checkbox"/> 1 | 
Quelque peu insatisfait
<input type="checkbox"/> 2 | 
En partie satisfait
<input type="checkbox"/> 3 | 
Très satisfait
<input type="checkbox"/> 4 | 
Totalemment satisfait
<input type="checkbox"/> 5 | N/P
<input type="checkbox"/> |
| 19. 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 ? | 
Très insatisfait
<input type="checkbox"/> 1 | 
Quelque peu insatisfait
<input type="checkbox"/> 2 | 
En partie satisfait
<input type="checkbox"/> 3 | 
Très satisfait
<input type="checkbox"/> 4 | 
Totalemment satisfait
<input type="checkbox"/> 5 | N/P
<input type="checkbox"/> |
| 20. Concordance de l'information :
La concordance des informations fournies concernant l'état de votre proche (Avez-vous reçu des versions similaires du médecin, personnel infirmier, etc.) | 
Très insatisfait
<input type="checkbox"/> 1 | 
Quelque peu insatisfait
<input type="checkbox"/> 2 | 
En partie satisfait
<input type="checkbox"/> 3 | 
Très satisfait
<input type="checkbox"/> 4 | 
Totalemment satisfait
<input type="checkbox"/> 5 | N/P
<input type="checkbox"/> |

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

PROCESSUS DE PRISE DE DÉCISIONS

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 :

21. Vous êtes-vous senti impliqué dans le processus de prise de décisions?

- 1 Je me suis senti totalement exclu
- 2 Je me suis senti quelque peu exclu
- 3 Je ne me suis senti ni impliqué ni exclu du processus de prise de décisions
- 4 Je me suis senti en partie impliqué
- 5 Je me suis senti totalement impliqué

22. Vous êtes-vous senti soutenu lors de la prise de décisions?

- 1 Je me suis senti totalement dépassé
- 2 Je me suis senti quelque peu dépassé
- 3 Je ne me suis senti ni dépassé, ni soutenu
- 4 Je me suis senti soutenu
- 5 Je me suis senti totalement soutenu

23. Vous êtes-vous senti impliqué dans les soins de votre proche?

- 1 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
- 2 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
- 3 Je ne me suis senti ni impliqué ni exclu
- 4 Je me suis senti en partie impliqué dans les soins que mon proche a reçus
- 5 Je me suis senti totalement impliqué dans les soins que mon proche a reçus

24. Lorsque des décisions étaient prises, avez-vous eu suffisamment de temps pour exprimer vos inquiétudes et recevoir une réponse à vos questions?

- 1 J'aurais eu besoin de beaucoup plus de temps
- 2 J'aurais eu besoin d'un peu plus de temps
- 3 J'ai eu suffisamment de temps
- 4 J'ai certainement eu assez de temps
- 5 J'ai eu beaucoup de temps

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 (25-27). Si ce n'est pas le cas, passez directement à la question 28.

25. Quelle affirmation correspond le mieux à votre avis:

- 1 J'ai eu le sentiment que la vie de mon proche a été prolongée inutilement
- 2 J'ai eu le sentiment que la vie de mon proche a été en partie prolongée inutilement
- 3 J'ai eu le sentiment que la vie de mon proche n'a ni été prolongée ni été écourtée inutilement
- 4 J'ai eu le sentiment que la vie de mon proche a été en partie écourtée inutilement
- 5 J'ai eu le sentiment que la vie de mon proche a été écourtée inutilement

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

- 1 J'ai eu le sentiment qu'il a beaucoup souffert
- 2 J'ai eu le sentiment qu'il a un peu souffert
- 3 J'ai eu le sentiment qu'il n'a pas souffert
- 4 J'ai eu le sentiment qu'il était apaisé/serein
- 5 J'ai eu le sentiment qu'il était très apaisé/serein

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

- 1 Je me suis senti totalement abandonné par l'équipe soignante
- 2 Je me suis senti abandonné par l'équipe soignante
- 3 Je ne me suis senti ni abandonné ni soutenu par l'équipe soignante
- 4 Je me suis senti soutenu par l'équipe soignante
- 5 Je me suis senti parfaitement soutenu par l'équipe soignante

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

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

29. Souhaitez-vous mentionner quelque chose de positif?

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

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

DONNÉES DEMOGRAPHIQUES

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

1. **Je suis:** un homme une femme autre

2. **J'ai** _____ **ans**

3. **Je suis:**

- | | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> la femme | <input type="checkbox"/> le mari | <input type="checkbox"/> le partenaire |
| <input type="checkbox"/> la mère | <input type="checkbox"/> le père | <input type="checkbox"/> la sœur <input type="checkbox"/> le frère |
| <input type="checkbox"/> la fille | <input type="checkbox"/> fils | <input type="checkbox"/> autre (détails): _____ |

du patient

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

Oui Non

5. **Est-ce que vous habitez avec le patient?** Oui Non

Si Non, en moyenne, combien de fois rendriez-vous visite au patient?

Plus que chaque semaine Chaque semaine Chaque mois Annuellement Moins qu'annuellement

6. **Où habitez-vous ?**

À la ville où l'hôpital se trouve Hors de la ville

7. **Quel est votre plus haut niveau de formation ?**

- Je n'ai pas complété l'école secondaire/lycée
- École secondaire / Lycée (ou CEGEP)
- Diplôme d'études supérieures/professionnels
- Baccalauréat / Diplôme universitaire
- Études de troisième cycle

Merci beaucoup pour votre participation.