

Votre perception en tant que patient(e) Projet EVApePS (Evaluation du Programme Personnalisé de Soins)

Code anonyme (à remplir par l'établissement) : ____ _

Remplissage du questionnaire

Au préalable, merci de lire la notice d'information qui vous a été remise et qui explique le projet général.

Temps estimé : 10 à 20 minutes

Le terme « PPS » est utilisé tout le long de ce questionnaire pour définir le « Programme Personnalisé de Soins ».



Important – définition du PPS : le terme PPS employé ici correspond à un ou plusieurs documents qui vous sont remis pendant votre parcours. Ce ou ces documents contiennent les informations utiles pour vous concernant votre prise en charge (par exemple le plan de traitement, les coordonnées des professionnels intervenant dans votre prise en charge, etc.).

Si vous souhaitez nous faire part de vos remarques ou de quelque chose qui vous paraît important et qui n'est pas abordé dans ce questionnaire, vous pouvez le faire sur la dernière page.

Contact pour aide au remplissage :

Merci de remettre votre questionnaire à ou de le renvoyer grâce à l'enveloppe timbrée ci-jointe.

Date de remplissage du questionnaire : ____/____/____

La remise du PPS

1. Vous a-t-on remis un Programme Personnalisé de Soins (PPS) (un ou plusieurs documents contenant les informations utiles pour vous et concernant votre prise en charge) ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Si réponse non ou ne sais pas, allez directement à la question 37 (page 6).

2. Qui vous l'a remis ? *plusieurs réponses possibles*

☐ Cancérologue (oncologue médical ou radiothérapeute)
☐ Chirurgien
☐ Spécialiste d'organe (ex : hématologue, gastro-entérologue, ...)
☐ Infirmier d'annonce / de coordination
☐ Manipulateur de radiothérapie
☐ Autre, précisez :

3. De quelle manière votre PPS vous a-t-il été remis ?

☐ En main propre
☐ Envoyé par la poste
☐ Envoyé par email

4. Quand vous a-t-il été remis ? *plusieurs réponses possibles*

☐ Lors d'une consultation médicale d'annonce et d'explications sur votre maladie par le médecin
☐ Pendant un temps avec un infirmier ou un manipulateur de radiothérapie qui vous a donné des explications complémentaires sur votre maladie
☐ Au cours d'une hospitalisation pour votre traitement
☐ Autre, précisez :

La rédaction du PPS

5. Avez-vous pu donner votre avis sur la prise en charge proposée ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

6. Etiez-vous présent lors de la rédaction de votre PPS ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

7. Votre PPS a-t-il été modifié pendant votre prise en charge ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas ☐ Non nécessaire

L'information délivrée sur le PPS

8. Vous a-t-on expliqué que la proposition de traitement provenait d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP – réunion de médecins de spécialités différentes) ?
- ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas
9. Vous a-t-on expliqué le traitement écrit dans votre PPS ?
- ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas
10. Un médecin et/ou un infirmier vous ont-ils demandé si vous aviez compris votre PPS ?
- ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas
11. Les informations écrites sur votre PPS correspondaient-elles aux informations qui vous ont été dites ?
- ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

La forme du PPS

12. Le vocabulaire utilisé dans votre PPS vous a-t-il semblé simple ?
- ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas
13. Votre PPS vous a-t-il semblé pratique à utiliser ?
- ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas
14. Dans son ensemble, votre PPS vous a-t-il semblé facile à comprendre ?
- ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Le contenu du PPS

15. Votre PPS contenait-il les différents traitements prévus ?
- ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas
16. Votre PPS contenait-il un calendrier des traitements ?
- ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas
17. Votre PPS contenait-il un calendrier de suivi (bilans et fréquence) ?
- ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas
18. Votre PPS contenait-il les propositions de soins de support prévus (assistante sociale, psychologue, socio-esthéticienne, diététicienne, kinésithérapeute, prise en charge de la douleur, etc.) ?
- ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas
19. Votre PPS contenait-il un bilan social ?
- ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

20. Votre PPS contenait-il les noms et coordonnées (adresse, téléphone ou email) des professionnels intervenant dans votre prise en charge ?

- Des médecins

☐ Oui

☐ Non

☐ Je ne sais pas

- Des infirmiers

☐ Oui

☐ Non

☐ Je ne sais pas

- Des professionnels des soins de support (assistante sociale, psychologue, socio-esthéticienne, diététicienne, kinésithérapeute, prise en charge de la douleur, etc.)

☐ Oui

☐ Non

☐ Je ne sais pas

- Des associations de patients

☐ Oui

☐ Non

☐ Je ne sais pas

- D'autres contacts utiles, précisez :

.....

21. Globalement, ces coordonnées vous ont-elles été utiles ?

☐ Oui

☐ Non

☐ Je ne sais pas

22. Votre PPS contenait-il d'autres informations ?

☐ Oui

☐ Non

☐ Je ne sais pas

Si oui, lesquelles ? *plusieurs réponses possibles*

☐ Un schéma anatomique

☐ Des informations sur les effets secondaires des traitements

☐ Autre, précisez :

L'usage du PPS

23. Qu'avez-vous fait de votre PPS ?

- Vous l'avez rangé

☐ Oui

☐ Non

☐ Je ne sais pas

- Vous l'avez perdu

☐ Oui

☐ Non

☐ Je ne sais pas

- Vous l'avez utilisé (par exemple montré, annoté...) lors de rencontres/consultations avec des professionnels de santé

☐ Oui

☐ Non

☐ Je ne sais pas

24. Avez-vous montré votre PPS ?

☐ Oui

☐ Non

☐ Je ne sais pas

Si oui, à qui ? *plusieurs réponses possibles*

☐ Médecin traitant

☐ Pharmacien

☐ Proche

☐ Autre, précisez :

☐ Infirmier libéral

25. Votre PPS a-t-il été transmis à d'autres professionnels ?

☐ Oui

☐ Non

☐ Je ne sais pas

Ce que vous pensez de votre PPS

26. Votre PPS vous a-t-il permis de vous organiser ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

27. Votre PPS vous a-t-il rassuré ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

28. Votre PPS vous a-t-il aidé à mieux comprendre vos traitements et votre prise en charge ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

29. Votre PPS vous a-t-il aidé ensuite à poser des questions sur vos traitements et votre prise en charge aux professionnels que vous avez rencontrés ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

30. Votre PPS vous a-t-il aidé à parler de vos traitements et de votre prise en charge à vos proches ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

31. Votre PPS vous a-t-il aidé à mieux vivre vos soins ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

32. Quelles informations ont été utiles pour vous ? *plusieurs réponses possibles*

- ☐ Traitements prévus (ex : chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie, etc.)
- ☐ Calendrier des traitements
- ☐ Calendrier de suivi (bilans et fréquence)
- ☐ Soins de support (diététique, kinésithérapie, psychologie, douleur, etc.)
- ☐ Bilan social
- ☐ Coordonnées des intervenants dans votre prise en charge
- ☐ Schéma anatomique
- ☐ Effets secondaires des traitements
- ☐ Autre, précisez :

33. Quelles informations n'ont pas été utiles pour vous ? *plusieurs réponses possibles*

- ☐ Traitements prévus (ex : chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie, etc.)
- ☐ Calendrier des traitements
- ☐ Calendrier de suivi (bilans et fréquence)
- ☐ Soins de support (diététique, kinésithérapie, psychologie, douleur, etc.)
- ☐ Bilan social
- ☐ Coordonnées des intervenants dans votre prise en charge
- ☐ Schéma anatomique
- ☐ Effets secondaires des traitements
- ☐ Autre, précisez :

34. Quelles informations vous ont manqué ?

35. Que vous a apporté votre PPS ?

36. De manière générale, quelle(s) proposition(s) d'amélioration feriez-vous pour le PPS ?

Si vous n'avez pas eu de PPS

37. Quelle(s) information(s) (dites ou écrites) avez-vous reçues ? *plusieurs réponses possibles*

- ☐ Traitements prévus (ex : chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie, etc.)
- ☐ Calendrier des traitements
- ☐ Calendrier de suivi (bilans et fréquence)
- ☐ Soins de support (diététique, kinésithérapie, psychologie, douleur, etc.)
- ☐ Bilan social
- ☐ Coordonnées des intervenants dans votre prise en charge
- ☐ Schéma anatomique
- ☐ Effets secondaires des traitements
- ☐ Autre, précisez :

38. Quelles informations vous ont manqué ? *plusieurs réponses possibles*

- ☐ Traitements prévus (ex : chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie, etc.)
- ☐ Calendrier des traitements
- ☐ Calendrier de suivi (bilans et fréquence)
- ☐ Soins de support (diététique, kinésithérapie, psychologie, douleur, etc.)
- ☐ Bilan social
- ☐ Coordonnées des intervenants dans votre prise en charge
- ☐ Schéma anatomique
- ☐ Effets secondaires des traitements
- ☐ Autre, précisez :

Commentaires libres

Vous êtes :

☐ un homme

☐ une femme

Votre âge :

|_|_|_|

**Type de votre cancer / organe
atteint :**

☐ Sein

☐ Organes génitaux

☐ Digestif (dont colon-rectum)

☐ Urologie (dont prostate)

☐ Thorax (dont poumon)

☐ ORL

☐ Dermatologie

☐ Hématologie (lymphome, leucémie, etc.)

☐ Autre, précisez :

Merci de votre participation à cette étude