

**To be completed by Case Manager:**

Client name: \_\_\_\_\_

PEPP DOE: \_\_\_\_\_

QOL for:  Baseline  1 yr

2 yr  3 yr

At QOL completion client is:  Inpt  Outpt

## Questionnaire de Qualité de Vie du Wisconsin Version de la famille

Votre nom: \_\_\_\_\_

Date :    \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_    Âge: \_\_\_\_\_

Sexe : M / F

Relation avec le client/patient: \_\_\_\_\_

*Directive:* Nous sommes intéressés à connaître comment les traitements de santé mentale, incluant la médication, affectent la Qualité de Vie de votre ami ou proche. Nous voulons aussi savoir quelle est votre expérience en tant que parent ou ami d'une personne ayant une maladie mentale. Nous sommes intéressés à connaître votre point de vue et vos sentiments. Veuillez indiquer la réponse qui reflète le mieux votre opinion.

Votre participation est entièrement volontaire. Si vous avez des questions concernant ce questionnaire, vous pouvez communiquer avec Céline Mercier, Ph.D., Division de recherche psychosociale, Centre de recherche de l'hôpital Douglas, 6875, boul. LaSalle, Verdun (Québec) H4H IR3 Téléphone: 514-761-6131.

Modifié à partir de l'édition originale américaine: Becker, M., Diamond, R., et  
Sainfort, F. @ Copyright 1995

Traduit et adapté avec la permission des auteurs par:  
Fried, H., Bechard -Evans, L., Abadi, S. (2004)

## INFORMATIONS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE

1. Veuillez faire une liste des personnes demeurant avec vous :

<u>Prénom</u>	<u>Relation avec client/patient</u>
1- _____	1- _____
2- _____	2- _____
3- _____	3- _____
4- _____	4- _____
5- _____	5- _____
6- _____	6- _____

2. Présentement, avez-vous un emploi? 1- Oui 2- Non (si **non**, passez à la question 5.)

3. Combien d'heures par semaine travaillez-vous ou allez-vous à l'école? \_\_\_\_\_ heures par semaine.

4. Quelle est votre occupation? \_\_\_\_\_

5a. Avec qui votre enfant/proche/ami vivait quand il/elle a été malade pour la première fois?

(Encerclez une réponse)

- |                             |   |
|-----------------------------|---|
| a) seul                     | d) avec ses parents                             |
| b) avec un ami/co-locataire | e) avec une personne significative/son conjoint |
| c) avec vos enfants         | f) autre, spécifiez: _____                      |

5b. Où vivait votre enfant/proche/ami quand il/elle a été malade pour la première fois?

(Cochez toutes les cases qui s'appliquent)

- |                                  |   |
|----------------------------------|---|
| a) dans un appartement/maison    | g) dans une école/collège/université                |
| b) dans une pension              | h) dans une institution (hôpital, centre d'accueil) |
| c) dans une famille d'accueil    | i) en prison  |
| d) dans un foyer de groupe       | j) sans-abri  |
| e) dans un appartement supervisé | k) autre, spécifiez : _____                         |
| f) dans une maison de chambre    |   |

6. Quel âge avait votre enfant/proche/ami quand il/elle a été malade pour la première fois? \_\_\_\_\_ ans

7a. Avec qui votre enfant/proche/ami vit-il présentement? (Encerclez une réponse)

- |                             |   |
|-----------------------------|---|
| a) seul                     | d) avec ses parents                             |
| b) avec un ami/co-locataire | e) avec une personne significative/son conjoint |
| c) avec ses enfants         | f) autre, spécifiez: _____                      |

7b. Où vit votre enfant/proche/ami présentement? (**Encerclez une réponse**)

- |                                  |   |
|----------------------------------|---|
| 1- dans un appartement/maison    | 7- dans une école/collège/université                |
| 2- dans une pension              | 8- dans une institution (hôpital, centre d'accueil) |
| 3- dans une famille d'accueil    | 9- en prison  |
| 4- dans un foyer de groupe       | 10- sans-abri                                       |
| 5- dans un appartement supervisé | 11- autre, spécifiez : _____                        |
| 6- dans une maison de chambre    |   |

8. Quelle a été la dernière fois où votre enfant/proche/ami a passé plus de 7 nuits consécutives chez vous?

- |                                 |                             |
|---------------------------------|-----------------------------|
| 1- Présentement                 | 4- Durant la dernière année |
| 2- Durant le dernier mois       | 5- Plus longtemps qu'un an  |
| 3- Durant les six derniers mois |                             |

9. Lorsque vous avez été en contact avec votre enfant/proche/ami, combien de fois a-t-il/elle été

- hospitalisé(e)?
- 1- Aucune
- 2- \_\_\_\_\_ # fois

10. Quels services votre enfant/proche/ami a-t-il reçu durant les 6 derniers mois?

(**Cochez toutes les cases qui s'appliquent**)

- Ne sais pas
- Programme de soutien communautaire intensif
- Réadaptation au travail/ateliers
- Rendez-vous individuels avec un psychiatre
- Groupe sur la médication
- Gestion de cas
- Thérapie individuelle autre que la gestion de cas
- Groupes incluant groupes d'habiletés de vie, d'habiletés sociales, de loisirs et thérapies de groupe
- Centre de jour
- Suivi médical général
- Soutien au logement
- Autres services (spécifiez) : \_\_\_\_\_

## 11. SERVICES

Les gens sont souvent appelés à parler aux professionnels en santé mentale pour essayer d'aider leur enfant/proche/ami ayant une maladie mentale. Jusqu'à quel point les énoncés suivants reflètent-ils les expériences que vous avez vécues pour obtenir des services pour votre enfant/proche/ami ?

Pour chacun des énoncés ci-dessous, veuillez nous dire si vous êtes très en accord, en accord, sans opinion, en désaccord, très en désaccord, ou si vous ne savez pas. Pour chacun des énoncés, veuillez encercler le chiffre qui correspond le mieux à vos sentiments.

a) Les professionnels de la santé avec qui j'ai été en contact croient que je peux jouer un rôle important dans le traitement.

- |                   |                  |                                   |
|-------------------|------------------|-----------------------------------|
| 1- Très en accord | 3- Pas d'opinion | 5- Très en désaccord              |
| 2- En accord      | 4- En désaccord  | 6- Ne sais pas/ Ne s'applique pas |

b) Les professionnels de la santé avec qui j'ai été en contact m'ont donné autant d'informations que j'en avais besoin.

- |                   |                  |                                   |
|-------------------|------------------|-----------------------------------|
| 1- Très en accord | 3- Pas d'opinion | 5- Très en désaccord              |
| 2- En accord      | 4- En désaccord  | 6- Ne sais pas/ Ne s'applique pas |

c) Je suis à l'aise pour questionner les professionnels de la santé sur les conseils qu'ils me donnent.

- |                   |                  |                                   |
|-------------------|------------------|-----------------------------------|
| 1- Très en accord | 3- Pas d'opinion | 5- Très en désaccord              |
| 2- En accord      | 4- En désaccord  | 6- Ne sais pas/ Ne s'applique pas |

d) J'aimerais qu'on me consulte davantage qu'actuellement sur les services et la médication que mon enfant/proche/ami reçoit.

- |                   |                  |                                   |
|-------------------|------------------|-----------------------------------|
| 1- Très en accord | 3- Pas d'opinion | 5- Très en désaccord              |
| 2- En accord      | 4- En désaccord  | 6- Ne sais pas/ Ne s'applique pas |

e) Parfois, j'ai le sentiment que les professionnels de la santé avec qui je suis en contact ne comprennent pas les problèmes auxquels doivent faire face les personnes prenant soin d'une personne ayant une maladie mentale.

- |                   |                  |                                   |
|-------------------|------------------|-----------------------------------|
| 1- Très en accord | 3- Pas d'opinion | 5- Très en désaccord              |
| 2- En accord      | 4- En désaccord  | 6- Ne sais pas/ Ne s'applique pas |

f) Souvent, je souhaiterais en savoir plus sur la maladie mentale lorsque j e parle avec des professionnels de la santé.

- |                   |                  |                                   |
|-------------------|------------------|-----------------------------------|
| 1- Très en accord | 3- Pas d'opinion | 5- Très en désaccord              |
| 2- En accord      | 4- En désaccord  | 6- Ne sais pas/ Ne s'applique pas |

g) Je suis à l'aise d'aller chercher une deuxième opinion lorsque j'ai des questions sur des conseils qu'un professionnel de la santé m'a donnés.

- |                   |                  |                                   |
|-------------------|------------------|-----------------------------------|
| 1- Très en accord | 3- Pas d'opinion | 5- Très en désaccord              |
| 2- En accord      | 4- En désaccord  | 6- Ne sais pas/ Ne s'applique pas |

12. En général, combien de contacts votre enfant/proche/ami a-t-il avec les personnes qui demeurent avec vous?  
**Veillez remplir les espaces appropriés.**

a) Votre enfant/proche/ami réside avec vous. 1- Oui 2- Non

Si oui, durant les quatre dernières semaines il/elle a passé \_\_\_\_\_ nuits ailleurs.

- b) Nous l'avons vu \_\_\_\_\_ fois durant les quatre dernières semaines.
- c) Nous lui avons parlé au téléphone \_\_\_\_\_ fois durant les quatre dernières semaines.
- d) Nous avons correspondu avec notre enfant/proche/ami durant les quatre dernières semaines. 1- Oui 2- Non
- e) Nous n'avons pas eu de contact avec notre enfant/proche/ami durant les deux derniers mois. 1- Oui 2- Non
- Autre, spécifiez : \_\_\_\_\_

13. Durant les **six derniers mois** avez-vous fait ou eu (ou une des personnes qui demeurent avec vous) des rencontres, des visites ou des téléphones à ou d'une personne qui traite votre enfant/proche/ami (médecins, travailleurs sociaux, psychologues, conseillers...)? 1- Oui 2- Non

**Si Oui, veuillez compléter l'information suivante:**

	<u>Nombre</u>	<u>Agences impliquées</u>
Visites personnelles	_____	_____
Téléphones	_____	_____
Autre	_____	_____

Un de ces contacts vous a-t-il été d'une aide quelconque?

1- Oui 2- Non, veuillez spécifiez pourquoi: \_\_\_\_\_

Si non, c'est-à-dire vous avez eu aucun contact, auriez-vous aimé avoir des contacts avec l'une de ces personnes?

1- Oui 2- Non

#### 14. AIDE FAMILIALE

La famille et les amis acceptent souvent de prendre des responsabilités pour fournir des soins et du support à une personne ayant une maladie mentale. Durant les quatre dernières semaines, quel niveau de support ou de supervision avez-vous donné à votre enfant/proche/ami pour affronter les difficultés/problèmes mentionnés ci-dessous, et comment vous êtes-vous sentis de lui donner ce support?

a) <b>Prendre soin de son hygiène personnelle?</b>	1 Aucun	2 Un peu	3 Passablement	4 Beaucoup
Comment vous êtes-vous sentis de lui donner ce support?	A Satisfait	B Je l'accepte	C Insatisfait	
b) <b>Prendre la médication prescrite?</b>	1 Aucun	2 Un peu	3 Passablement	4 Beaucoup
Comment vous êtes-vous sentis de lui donner ce support?	A Satisfait	B Je l'accepte	C Insatisfait	
c) <b>Préparer ses repas?</b>	1 Aucun	2 Un peu	3 Passablement	4 Beaucoup
Comment vous êtes-vous sentis de lui donner ce support?	A Satisfait	B Je l'accepte	C Insatisfait	

<b>d) Se lever et s'habiller?</b>	<b>1</b> Aucun	<b>2</b> Un peu	<b>3</b> Passablement	<b>4</b> Beaucoup
Comment vous êtes-vous sentis de lui donner ce support?	<b>A</b> Satisfait	<b>B</b> Je l'accepte	<b>C</b> Insatisfait	
<b>e) Faire ses tâches ménagères?</b>	<b>1</b> Aucun	<b>2</b> Un peu	<b>3</b> Passablement	<b>4</b> Beaucoup
Comment vous êtes-vous sentis de lui donner ce support?	<b>A</b> Satisfait	<b>B</b> Je l'accepte	<b>C</b> Insatisfait	
<b>f) Gérer son argent?</b>	<b>1</b> Aucun	<b>2</b> Un peu	<b>3</b> Passablement	<b>4</b> Beaucoup
Comment vous êtes-vous sentis de lui donner ce support?	<b>A</b> Satisfait	<b>B</b> Je l'accepte	<b>C</b> Insatisfait	
<b>g) Faire son épicerie, son magasinage?</b>	<b>1</b> Aucun	<b>2</b> Un peu	<b>3</b> Passablement	<b>4</b> Beaucoup
Comment vous êtes-vous sentis de lui donner ce support?	<b>A</b> Satisfait	<b>B</b> Je l'accepte	<b>C</b> Insatisfait	
<b>h) Utiliser ses temps libres?</b>	<b>1</b> Aucun	<b>2</b> Un peu	<b>3</b> Passablement	<b>4</b> Beaucoup
Comment vous êtes-vous sentis de lui donner ce support ?	<b>A</b> Satisfait	<b>B</b> Je l'accepte	<b>C</b> Insatisfait	

15. Durant les quatre dernières semaines, avez-vous été impliqué dans des problèmes liés aux comportements suivants:

<b>a) Comportement social embarrassant?</b>	<b>1</b> Non	<b>2</b> Un peu	<b>3</b> Passablement	<b>4</b> Beaucoup
Comment vous êtes-vous sentis de lui donner ce support?	<b>A</b> Satisfait	<b>B</b> Je l'accepte	<b>C</b> Insatisfait	
<b>b) Comportement pour attirer l'attention?</b>	<b>1</b> Non	<b>2</b> Un peu	<b>3</b> Passablement	<b>4</b> Beaucoup
Comment vous êtes-vous sentis de lui donner ce support?	<b>A</b> Satisfait	<b>B</b> Je l'accepte	<b>C</b> Insatisfait	
<b>c) Comportement sexuel inapproprié?</b>	<b>1</b> Non	<b>2</b> Un peu	<b>3</b> Passablement	<b>4</b> Beaucoup
Comment vous êtes vous senti de lui donner ce support?	<b>A</b> Satisfait	<b>B</b> Je l'accepte	<b>C</b> Insatisfait	
<b>d) Comportement menaçant ou violent?</b>	<b>1</b> Non	<b>2</b> Un peu	<b>3</b> Passablement	<b>4</b> Beaucoup
Comment vous êtes-vous sentis de lui donner ce support?	<b>A</b> Satisfait	<b>B</b> Je l'accepte	<b>C</b> Insatisfait	
<b>e) Parle ou menace de se suicider?</b>	<b>1</b> Non	<b>2</b> Un peu	<b>3</b> Passablement	<b>4</b> Beaucoup
Comment vous êtes-vous sentis de lui donner ce support?	<b>A</b> Satisfait	<b>B</b> Je l'accepte	<b>C</b> Insatisfait	
<b>f) Comportement dérangeant la nuit?</b>	<b>1</b> Non	<b>2</b> Un peu	<b>3</b> Passablement	<b>4</b> Beaucoup
Comment vous êtes-vous sentis de lui donner ce support?	<b>A</b> Satisfait	<b>B</b> Je l'accepte	<b>C</b> Insatisfait	

16. Que trouvez-vous le plus difficile par rapport au support que vous donnez à votre enfant/proche/ami?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

17. Y'a-t-il des choses que vous appréciez lorsque vous aidez votre enfant/proche/ami?

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

23. D'après vous, quels sont les objectifs de traitement en santé mentale que devrait réaliser votre enfant/proche/ami?

Objectif #1 : \_\_\_\_\_

(i) Quelle importance votre enfant/proche/ami accorde-t-il à cet objectif?

**Pas du tout**           **Extrêmement**  
**important** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **important**

(ii) Jusqu'à quel point votre enfant/proche/ami a-t-il atteint cet objectif?

**Pas du tout**           **Extrêmement**  
**important** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **important**

Objectif #2 : \_\_\_\_\_

(i) Quelle importance votre enfant/proche/ami accorde-t-il à cet objectif?

**Pas du tout**           **Extrêmement**  
**important** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **important**

(ii) Jusqu'à quel point votre enfant/proche/ami a-t-il atteint cet objectif?

**Pas du tout**           **Extrêmement**  
**important** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **important**

Objectif #3 : \_\_\_\_\_

(i) Quelle importance votre enfant/proche/ami accorde-t-il à cet objectif?

**Pas du tout**           **Extrêmement**  
**important** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **important**

(ii) Jusqu'à quel point votre enfant/proche/ami a-t-il atteint cet objectif?

**Pas du tout**           **Extrêmement**  
**important** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **important**

24.1 Encerclez un des chiffres ci-dessous pour indiquer comment vous qualifieriez la qualité de vie de votre enfant/proche/ami durant les quatre dernières semaines.

Qualité la plus basse signifie que la vie de votre enfant/proche/ami ne pourrait pas aller plus mal.  
Qualité la plus élevée signifie que la vie de votre enfant/proche/ami ne pourrait pas aller mieux.

**QUALITÉ LA**           **QUALITÉ LA**  
**PLUS BASSE** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **PLUS ÉLEVÉE**

24.2 Si la qualité de vie de votre enfant/proche/ami est plus basse qu'il/elle ne l'espère, quel espoir avez-vous qu'il atteigne éventuellement la qualité de vie qu'il/elle désire. (**Encerclez un chiffre**)

1- Pas du tout      2- Un peu      3- Modérément      4- Beaucoup

24.3 Quel contrôle sentez-vous que votre enfant/proche/ami a sur les domaines importants de sa vie? (**Encerclez un chiffre**)

1- Aucun      2- Un peu      3- Passablement      4- Beaucoup

25. Jusqu'à quel point êtes-vous certain(e) que la réponse que vous avez donnée sur la qualité de vie de votre enfant/proche/ami est exacte? (**Cochez une boîte**)

- Pas du tout confiant
- Très incertain
- Pas très confiant
- Assez confiant
- Très confiant
- Totalement confiant

26. Selon vous, parmi les facteurs suivants, quels sont les plus importants pour déterminer la qualité de vie de votre enfant/proche/ami?

**a) Travail, études ou autres activités/occupations**

Pas du tout important	Un peu important	Moyennement important	Très important	Extrêmement important
<input type="checkbox"/>				

**b) Les sentiments qu'il/elle a envers lui/elle**

Pas du tout important	Un peu important	Moyennement important	Très important	Extrêmement important
<input type="checkbox"/>				

**c) Sa santé physique**

Pas du tout important	Un peu important	Moyennement important	Très important	Extrêmement important
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**d) Ses amis, sa famille, les gens avec qui il/elle passe du temps**

Pas du tout important	Un peu important	Moyennement important	Très important	Extrêmement important
<input type="checkbox"/>				

**e) Avoir assez d'argent**

Pas du tout important	Un peu important	Moyennement important	Très important	Extrêmement important
<input type="checkbox"/>				

**f) Capacité à prendre soin de lui/elle**

Pas du tout important	Un peu important	Moyennement important	Très important	Extrêmement important
<input type="checkbox"/>				

**g) Sa santé mentale**

Pas du tout important	Un peu important	Moyennement important	Très important	Extrêmement important
<input type="checkbox"/>				

**h) L'endroit où il/elle vit**

Pas du tout important	Un peu important	Moyennement important	Très important	Extrêmement important
<input type="checkbox"/>				

**i) Autre facteur, spécifiez:** \_\_\_\_\_

Pas du tout important	Un peu important	Moyennement important	Très important	Extrêmement important
<input type="checkbox"/>				

27. Est-ce qu'il s'est produit des événements importants qui auraient pu influencer la qualité de vie de votre enfant/proche/ami (*événements positifs ou négatifs*) **durant les 6 derniers mois** (*ou depuis la dernière fois que vous avez rempli ce questionnaire*)? Veuillez expliquer brièvement

---

---

---

---

---

---

---

---

28. Y a-t-il autre chose que vous aimeriez nous dire?

---

---

---

---

---

---

---

---

29. Que reste-t-il de plus important à faire pour votre enfant/proche/ami?

---

---

---

---

---

---

---

---