



## SONDAGE SUR LES SOINS À DOMICILE AU NOUVEAU-BRUNSWICK

Pour les soins à domicile reçus d'un aide de maintien à domicile

### INSTRUCTIONS:

Veillez **noircir** ● **ou cocher** ☑ **le cercle** qui décrit le mieux votre expérience avec les soins à domicile. Si vous le désirez, un(e) soignant(e), un(e) ami(e), ou un membre de votre famille peut remplir le questionnaire en votre nom.

Merci!

Dans le cadre de ce sondage, les soins à domicile comprennent les soins personnels offerts par un aide de maintien à domicile pour aider le client à se laver, à s'habiller, à faire sa toilette, à manger, pour les transferts, le ménage, la lessive, la préparation des repas, ou pour des soins de relève.

### 1. Veuillez indiquer si vous remplissez ce sondage ...

- O<sub>1</sub> Au sujet de votre propre expérience avec des soins à domicile
- O<sub>2</sub> Au nom de quelqu'un d'autre

### 2. Si vous remplissez ce sondage au nom du client, veuillez indiquer lequel des énoncés suivants décrit le mieux la façon dont vous allez remplir le sondage.

- O<sub>1</sub> Nous allons remplir le sondage ensemble
- O<sub>2</sub> Je vais répondre à toutes les questions au nom du client
- O<sub>3</sub> Je ne vais pas remplir ce sondage au nom de quelqu'un d'autre

## VOTRE EXPÉRIENCE AVEC LES SOINS À DOMICILE

### 3. En pensant aux soins à domicile que vous avez reçus d'un aide de maintien à domicile au cours des 2 derniers mois, qui a fourni ces services?

- O<sub>1</sub> J'ai reçu des soins à domicile par une agence
- O<sub>2</sub> J'ai reçu des soins à domicile d'une personne qui ne travaille pas pour une agence → Allez à la question 5
- O<sub>3</sub> Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas → Allez à la question 5

### 4. Quel est le nom de l'agence (ou des agences) qui a fourni les soins à domicile au cours des 2 derniers mois?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 5. Veuillez indiquer si vous avez reçu un ou plusieurs des services suivants d'un aide de maintien à domicile au cours des 2 derniers mois. Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> O <sub>1</sub> Vous laver (bain/douche)                   | <input type="radio"/> O <sub>5</sub> Les soins nutritifs ou pour manger   |
| <input type="radio"/> O <sub>2</sub> Faire votre toilette ou pour vous habiller | <input type="radio"/> O <sub>6</sub> Les transferts (d'une place à l'autre à l'intérieur du domicile)   |
| <input type="radio"/> O <sub>3</sub> La préparation des repas                   | <input type="radio"/> O <sub>7</sub> Donner un repos à un membre de la famille, à un ami ou à un bénévole qui vous aide avec vos soins à domicile |
| <input type="radio"/> O <sub>4</sub> Le ménage (nettoyage, lessive)             | <input type="radio"/> O <sub>8</sub> Faire des courses, comme le magasinage, des opérations bancaires, ou un rendez-vous avec le médecin          |
| <input type="radio"/> O <sub>9</sub> Autre (veuillez préciser : _____)          |   |

En répondant aux questions de ce sondage, veuillez seulement penser à l'expérience vécue à l'égard de ces soins à domicile.

### 6. Avant de commencer à recevoir des soins à domicile, est-ce que cela a été facile ou difficile d'obtenir des renseignements sur les soins à domicile au Nouveau-Brunswick?

- O<sub>1</sub> Très facile
- O<sub>2</sub> Facile
- O<sub>3</sub> Difficile
- O<sub>4</sub> Très difficile
- O<sub>5</sub> Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

7. **Est-ce que les soins à domicile ont commencé dès que vous pensiez en avoir besoin?**  
 O<sub>1</sub> Oui       O<sub>2</sub> Non       O<sub>3</sub> Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas
8. **Quand vous avez commencé à recevoir des soins à domicile, est-ce que c'était facile ou difficile de remplir tous les documents nécessaires? Diriez-vous...**  
 O<sub>1</sub> Très facile       O<sub>2</sub> Facile       O<sub>3</sub> Difficile       O<sub>4</sub> Très difficile  
 O<sub>5</sub> Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas
9. **Vous avez le droit d'être servi(e) en français ou en anglais. De ces deux langues, laquelle préférez-vous?**  
 O<sub>1</sub> Français       O<sub>2</sub> Anglais       O<sub>3</sub> Aucune préférence
10. **Quand vous avez commencé à recevoir des soins à domicile, est-ce que quelqu'un vous a offert les soins à domicile dans la langue officielle (français ou anglais) de votre choix?**  
 O<sub>1</sub> Oui       O<sub>2</sub> Non       O<sub>3</sub> Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas
11. **Est-ce que quelqu'un vous a dit quel genre de soins ou de services vous alliez recevoir?**  
 O<sub>1</sub> Oui       O<sub>2</sub> Non       O<sub>3</sub> Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas
12. **Pendant les 2 derniers mois, est-ce qu'un ami, un membre de la famille ou un bénévole vous a aidé avec vos soins à domicile?**  
 O<sub>1</sub> Oui  
 O<sub>2</sub> Non → **Allez à la question 15**  
 O<sub>3</sub> Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas → **Allez à la question 15**
13. **Pendant les 2 derniers mois, qui vous a le plus aidé en vous donnant des soins à domicile?**  
 O<sub>1</sub> Mari, femme ou conjoint de fait       O<sub>6</sub> Un ami  
 O<sub>2</sub> Mère ou père       O<sub>7</sub> Un bénévole  
 O<sub>3</sub> Fils ou fille       O<sub>8</sub> Autre (veuillez préciser : \_\_\_\_\_)  
 O<sub>4</sub> Petit-fils ou petite-fille       O<sub>9</sub> Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas  
 O<sub>5</sub> Un autre membre de la famille
14. **Pendant les 2 derniers mois, combien de fois avez-vous eu de l'aide avec les soins à domicile d'un ami, d'un membre de la famille ou d'un bénévole?**  
 O<sub>1</sub> À tous les jours       O<sub>5</sub> Une fois par mois  
 O<sub>2</sub> Quelques fois par semaine       O<sub>6</sub> Seulement une fois dans les derniers deux mois  
 O<sub>3</sub> Une fois par semaine       O<sub>7</sub> Autre (veuillez préciser : \_\_\_\_\_)  
 O<sub>4</sub> Deux ou trois fois par mois       O<sub>8</sub> Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas
- Les prochaines questions concernent les aides de maintien à domicile qui vous ont fourni des soins à domicile pendant les 2 derniers mois. Vous ne devez pas inclure les soins que vous avez reçus de la part d'un membre de votre famille, de vos amis ou de bénévoles.*
15. **Avez-vous reçu des soins à domicile de plus d'un aide de maintien à domicile pendant les 2 derniers mois?**  
 O<sub>1</sub> Oui  
 O<sub>2</sub> Non → **Allez à la question 18**  
 O<sub>3</sub> Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas → **Allez à la question 18**
16. **Pendant les 2 derniers mois, combien de fois les aides de maintien à domicile semblaient-ils avoir des connaissances à jour sur tous les soins que vous receviez à la maison?**  
 O<sub>1</sub> Jamais       O<sub>2</sub> Parfois       O<sub>3</sub> Habituellement       O<sub>4</sub> Toujours  
 O<sub>5</sub> Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

**17. Pendant les 2 derniers mois, combien de fois avez-vous reçu des renseignements contradictoires de la part de différents aides de maintien à domicile?**

- <sub>1</sub> Jamais                      <sub>2</sub> Parfois                      <sub>3</sub> Habituellement                      <sub>4</sub> Toujours  
<sub>5</sub> Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

**18. Pendant les 2 derniers mois, combien de fois les aides de maintien à domicile vous ont-ils dit quand ils viendraient vous voir à la maison?**

- <sub>1</sub> Jamais                      <sub>2</sub> Parfois                      <sub>3</sub> Habituellement                      <sub>4</sub> Toujours  
<sub>5</sub> Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

**19. Pendant les 2 derniers mois, combien de fois les aides de maintien à domicile ...**

**a) vous ont-ils soigné aussi délicatement que possible?**

- <sub>1</sub> Jamais                      <sub>2</sub> Parfois                      <sub>3</sub> Habituellement                      <sub>4</sub> Toujours  
<sub>5</sub> Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

**b) vous ont-ils donné des explications qui étaient faciles à comprendre?**

- <sub>1</sub> Jamais                      <sub>2</sub> Parfois                      <sub>3</sub> Habituellement                      <sub>4</sub> Toujours  
<sub>5</sub> Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

**c) ont-ils écouté attentivement ce que vous aviez à dire?**

- <sub>1</sub> Jamais                      <sub>2</sub> Parfois                      <sub>3</sub> Habituellement                      <sub>4</sub> Toujours  
<sub>5</sub> Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

**d) vous ont-ils traité avec courtoisie et respect?**

- <sub>1</sub> Jamais                      <sub>2</sub> Parfois                      <sub>3</sub> Habituellement                      <sub>4</sub> Toujours  
<sub>5</sub> Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

**20. Pendant les 2 derniers mois, combien de fois avez-vous obtenu les soins à domicile dont vous aviez besoin dans la langue officielle (français ou anglais) de votre choix?**

- <sub>1</sub> Jamais                      <sub>2</sub> Parfois                      <sub>3</sub> Habituellement                      <sub>4</sub> Toujours  
<sub>5</sub> Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

**21. En utilisant n'importe quel chiffre de 0 à 10, avec 0 qui représente les pires soins à domicile possible et 10 les meilleurs soins à domicile possible, quel chiffre, selon vous, représente le mieux les soins que vous avez reçus des aides de maintien à domicile pendant les 2 derniers mois?**

Pires soins à domicile possible											Meilleurs soins à domicile possible
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**22. Est-ce que cela est facile ou difficile de contacter le bureau de l'agence ou l'aide de maintien à domicile afin d'obtenir de l'aide, des renseignements ou des conseils? Diriez-vous...**

- <sub>1</sub> Très facile                      <sub>2</sub> Facile                      <sub>3</sub> Difficile                      <sub>4</sub> Très difficile  
<sub>5</sub> Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

**23. Pendant les 2 derniers mois, avez-vous eu des problèmes avec les soins que vous avez reçus de la part de votre aide de maintien à domicile?**

- <sub>1</sub> Oui                      <sub>2</sub> Non                      <sub>3</sub> Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

**24. Savez-vous qui contacter si vous voulez déposer une plainte concernant vos soins à domicile?**

- <sub>1</sub> Oui                      <sub>2</sub> Non                      <sub>3</sub> Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

**25. Est-ce que vous recommanderiez cette agence ou cet aide de maintien à domicile aux membres de votre famille ou à des amis s'ils avaient besoin de soins à domicile?**

- <sub>1</sub> Certainement pas    <sub>2</sub> Probablement pas    <sub>3</sub> Probablement    <sub>4</sub> Certainement  
<sub>5</sub> Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

**26. Veuillez indiquer si vous êtes d'accord ou en désaccord avec l'énoncé suivant :**

**J'ai discuté avec l'agence ou avec l'aide de maintien à domicile du genre de renseignements qu'ils pouvaient donner à ma famille ou mes amis.**

- <sub>1</sub> Fortement en désaccord    <sub>2</sub> En désaccord    <sub>3</sub> Neutre    <sub>4</sub> D'accord    <sub>5</sub> Fortement d'accord  
<sub>6</sub> Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

**27. Est-ce que l'agence ou l'aide de maintien à domicile ont déjà donné des renseignements à votre famille ou à vos amis que vous ne vouliez pas partager avec eux?**

- <sub>1</sub> Oui    <sub>2</sub> Non    <sub>3</sub> Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

**28. Veuillez indiquer si vous êtes d'accord ou en désaccord avec l'énoncé suivant :**

**Ma famille ou mes amis qui m'aident avec mes soins ont obtenu les renseignements dont ils avaient besoin quand ils en avaient besoin.**

- <sub>1</sub> Fortement en désaccord    <sub>2</sub> En désaccord    <sub>3</sub> Neutre    <sub>4</sub> D'accord    <sub>5</sub> Fortement d'accord  
<sub>6</sub> Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

**29. Depuis combien de temps recevez-vous des soins à domicile de cet aide de maintien à domicile?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> <sub>1</sub> 2 mois ou moins                          | <input type="radio"/> <sub>06</sub> Plus de 3 années, mais moins de 5 années                   |
| <input type="radio"/> <sub>2</sub> Plus de 2 mois mais moins de 6 mois      | <input type="radio"/> <sub>07</sub> Plus de 5 années, mais moins de 10 années                  |
| <input type="radio"/> <sub>3</sub> Plus de 6 mois mais moins d'une année    | <input type="radio"/> <sub>08</sub> Plus de 10 années  |
| <input type="radio"/> <sub>4</sub> Plus d'une année mais moins de 2 années  | <input type="radio"/> <sub>09</sub> Je commence, je n'ai pas encore reçu de services           |
| <input type="radio"/> <sub>5</sub> Plus de 2 années, mais moins de 3 années | <input type="radio"/> <sub>10</sub> Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas |

**30. Pendant les 2 derniers mois, combien de fois avez-vous reçu des soins à domicile, en moyenne?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> <sub>1</sub> À tous les jours            | <input type="radio"/> <sub>5</sub> Une fois par mois  |
| <input type="radio"/> <sub>2</sub> Quelques fois par semaine   | <input type="radio"/> <sub>6</sub> Seulement une fois dans les deux derniers mois             |
| <input type="radio"/> <sub>3</sub> Une fois par semaine        | <input type="radio"/> <sub>7</sub> Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas |
| <input type="radio"/> <sub>4</sub> Deux ou trois fois par mois |   |

**31. Quel est votre niveau de satisfaction par rapport au nombre de fois que vous avez reçu des soins à domicile pendant les 2 derniers mois?**

- <sub>1</sub> Très satisfait    <sub>2</sub> Satisfait    <sub>3</sub> Ni satisfait, ni insatisfait    <sub>4</sub> Insatisfait    <sub>5</sub> Très insatisfait  
<sub>6</sub> Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

**32. Est-ce que vous ou un membre de votre famille croyez que vous avez souffert en raison d'une erreur ou d'une faute commise suite à des soins à domicile?**

- <sub>1</sub> Oui    <sub>2</sub> Non    <sub>3</sub> Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

*Veuillez expliquer plus en détail pourquoi vous ou un membre de votre famille croyez que vous avez souffert en raison d'une erreur ou d'une faute commise suite à des soins à domicile :*

---

---

---

---

---

**33. En pensant aux soins à domicile que vous avez reçus au cours des 2 derniers mois, ces services vous ont-ils aidé à rester à la maison?**

- O<sub>1</sub> Oui       O<sub>2</sub> Non       O<sub>3</sub> Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

**34. Veuillez indiquer si vous avez fait face aux expériences suivantes en obtenant les soins à domicile dont vous aviez besoin :**

**a) Avez-vous déjà eu des problèmes à obtenir les renseignements dont vous aviez besoin concernant les soins à domicile?**

- O<sub>1</sub> Oui       O<sub>2</sub> Non       O<sub>3</sub> Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

**b) Avez-vous déjà eu un problème au niveau de la langue avec votre aide de maintien à domicile?**

- O<sub>1</sub> Oui       O<sub>2</sub> Non       O<sub>3</sub> Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

**c) Est-il arrivé qu'un aide de maintien à domicile n'ait pas pris en considération vos valeurs spirituelles ou culturelles?**

- O<sub>1</sub> Oui       O<sub>2</sub> Non       O<sub>3</sub> Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

**d) Avez-vous déjà eu besoin de soins à domicile mais qu'il y avait soit des limites ou des réductions dans le genre de services offerts?**

- O<sub>1</sub> Oui       O<sub>2</sub> Non       O<sub>3</sub> Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

**e) Avez-vous déjà eu besoin de soins à domicile mais qu'il y avait soit des limites ou des réductions dans la durée du service ou le nombre d'heures offertes?**

- O<sub>1</sub> Oui       O<sub>2</sub> Non       O<sub>3</sub> Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

**f) Avez-vous déjà trouvé que les soins à domicile coûtent trop cher?**

- O<sub>1</sub> Oui       O<sub>2</sub> Non       O<sub>3</sub> Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

#### À PROPOS DE VOUS

Si vous remplissez ce sondage pour un client, veuillez noter que les questions dans cette section s'adressent au client qui reçoit les services à domicile.

**35. En général, diriez-vous que votre santé est ...**

- O<sub>1</sub> Excellente       O<sub>2</sub> Très bonne       O<sub>3</sub> Bonne       O<sub>4</sub> Passable       O<sub>5</sub> Mauvaise

**36. En général, diriez-vous que votre santé mentale ou émotionnelle est ...**

- O<sub>1</sub> Excellente       O<sub>2</sub> Très bonne       O<sub>3</sub> Bonne       O<sub>4</sub> Passable       O<sub>5</sub> Mauvaise

**37. Un médecin ou tout autre professionnel de la santé vous-a-t-il déjà diagnostiqué ou traité pour un ou plusieurs des problèmes de santé chroniques suivants? Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent :**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> O <sub>01</sub> Arthrite   | <input type="radio"/> O <sub>09</sub> Accident vasculaire cérébral (AVC)   |
| <input type="radio"/> O <sub>02</sub> Asthme   | <input type="radio"/> O <sub>10</sub> Haute pression ou hypertension   |
| <input type="radio"/> O <sub>03</sub> Emphysème ou MPOC (maladie pulmonaire obstructive chronique) | <input type="radio"/> O <sub>11</sub> Trouble de l'humeur autre que la dépression, tel que le trouble bipolaire, la manie, la psychose maniacodépressive ou la dysthymie |
| <input type="radio"/> O <sub>04</sub> Douleur chronique  | <input type="radio"/> O <sub>12</sub> Reflux gastrique (ou RGO)  |
| <input type="radio"/> O <sub>05</sub> Cancer   | <input type="radio"/> O <sub>13</sub> La maladie d'Alzheimer   |
| <input type="radio"/> O <sub>06</sub> Diabète  | <input type="radio"/> O <sub>14</sub> Démence  |
| <input type="radio"/> O <sub>07</sub> Dépression   | <input type="radio"/> O <sub>15</sub> Anxiété  |
| <input type="radio"/> O <sub>08</sub> Maladie cardiaque  | <input type="radio"/> O <sub>16</sub> Taux élevé de cholestérol  |
| <input type="radio"/> O <sub>17</sub> Autre (veuillez préciser : _____)                            |  |

**38. À quel point êtes-vous confiant(e) par rapport au contrôle et à la gestion de votre état de santé?**

- <sub>1</sub> Très confiant(e)      <sub>2</sub> Confiant(e)      <sub>3</sub> Pas très confiant(e)      <sub>4</sub> Pas du tout confiant(e)  
<sub>5</sub> Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

**39. Y-a-t-il autre chose qui aurait pu être fait pour vous aider à rester à la maison?**

- <sub>1</sub> Oui, veuillez préciser : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
<sub>2</sub> Non  
<sub>3</sub> Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

**40. Vivez-vous seul?**

- <sub>1</sub> Oui      <sub>2</sub> Non      <sub>3</sub> Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

*En guise de rappel, si vous remplissez ce sondage pour un client, veuillez noter que les questions dans cette section s'adressent au client qui reçoit les services à domicile.*

**41. Quel est le niveau d'école ou de scolarité le plus élevé que vous avez complété?**

- <sub>1</sub> 8<sup>e</sup> année ou moins      <sub>4</sub> Diplôme ou certificat d'un collège, d'une école de métier ou d'une école technique  
<sub>2</sub> École secondaire, mais je n'ai pas reçu mon diplôme      <sub>5</sub> Diplôme universitaire de premier cycle  
<sub>3</sub> École secondaire ou test d'équivalence d'études secondaires      <sub>6</sub> Diplôme universitaire de deuxième cycle ou études supérieures

**42. Quelle langue parlez-vous principalement à la maison?**

- <sub>1</sub> Français      <sub>3</sub> Le français et l'anglais également  
<sub>2</sub> Anglais      <sub>4</sub> Autre : \_\_\_\_\_

**43. Êtes-vous Autochtone, c'est-à-dire Indien d'Amérique du Nord ou Premières Nations, Métis ou Inuk/Inuit?**

- <sub>1</sub> Oui      <sub>2</sub> Non      <sub>3</sub> Préfère ne pas répondre

**44. Veuillez indiquer si l'année passée, c'est-à-dire en 2017, le revenu total de votre ménage avant impôts était dans une des 3 catégories suivantes :**

- <sub>1</sub> Moins de 25 000\$      <sub>4</sub> Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas  
<sub>2</sub> 25 000\$ à moins de 60 000\$      <sub>5</sub> Préfère ne pas répondre  
<sub>3</sub> 60 000\$ ou plus

**45. Souhaitez-vous ajouter autre chose concernant vos soins à domicile reçus d'un aide de maintien à domicile, ou avez-vous des suggestions pour améliorer l'expérience vécue?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Merci d'avoir pris le temps de compléter ce sondage! Votre participation est grandement appréciée.  
Veuillez utiliser l'enveloppe prépayée ci-jointe pour retourner ce questionnaire à :**

**Prairie Research Associates Inc.  
500 – 363 Broadway  
Winnipeg, MB R3C 3N9**