



## Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick

Engager. Évaluer. Informer. Recommander.

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

#### **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 sont divisés en deux sections.

La première section comprend les services du Programme extra-mural offerts par une infirmière immatriculée, une infirmière auxiliaire autorisée, un travailleur social, un physiothérapeute, un ergothérapeute, un orthophoniste, un thérapeute respiratoire, un diététiste, ou un assistant à la réadaptation.

La deuxième section comprend les soins à domicile 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.

#### **SECTION 1 : SOINS À DOMICILE REÇUS DU PROGRAMME EXTRA-MURAL**

Dans cette section, les soins à domicile comprennent les services de soins de santé offerts par une infirmière immatriculée, une infirmière auxiliaire autorisée, un travailleur social, un physiothérapeute, un ergothérapeute, un orthophoniste, un thérapeute respiratoire, un diététiste, ou un assistant à la réadaptation.

##### **1. Veuillez indiquer si vous remplissez cette section du sondage ...**

- <sub>1</sub> Au sujet de votre propre expérience avec des soins à domicile
- <sub>2</sub> Au nom d'un enfant
- <sub>3</sub> Au nom d'un adulte

*Si le client recevant les soins à domicile reçoit également des services à l'école, veuillez noter que les questions de ce sondage ne concernent que les services reçus à domicile. Si le client reçoit les services à l'école seulement, veuillez remplir le cercle ci-dessous et faire parvenir ce questionnaire par la poste en utilisant l'enveloppe prépayée ci-jointe.*

- <sub>1</sub> Ce client reçoit des services du Programme extra-mural à l'école seulement

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

- <sub>1</sub> Nous allons remplir le sondage ensemble
- <sub>2</sub> Je vais répondre à toutes les questions au nom du client
- <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. **Avez-vous reçu des soins à domicile de ces professionnels de la santé au cours des 2 derniers mois? Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent :**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> <sub>1</sub> Infirmière                                 | <input type="radio"/> <sub>6</sub> Travailleur social                |
| <input type="radio"/> <sub>2</sub> Physiothérapeute                           | <input type="radio"/> <sub>7</sub> Diététiste                        |
| <input type="radio"/> <sub>3</sub> Ergothérapeute                             | <input type="radio"/> <sub>8</sub> Assistant à la réadaptation       |
| <input type="radio"/> <sub>4</sub> Orthophoniste                              | <input type="radio"/> <sub>9</sub> Autre (veuillez préciser : _____) |
| <input type="radio"/> <sub>5</sub> Thérapeute respiratoire (inhalothérapeute) |  |

*En répondant aux questions dans cette section, veuillez seulement penser aux soins à domicile reçus de ces professionnels de la santé.*

4. **Avant de commencer à recevoir des soins à domicile, est-ce que cela a été facile ou difficile d'obtenir des renseignements sur les services du Programme extra-mural?**

- <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

5. **Est-ce que les services du Programme extra-mural ont commencé dès que vous pensiez en avoir besoin?**

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

6. **Selon la Loi sur les langues officielles, vous avez le droit d'être servi(e) en français ou en anglais. De ces deux langues, laquelle préférez-vous?**

- <sub>1</sub> Français      <sub>2</sub> Anglais      <sub>3</sub> Aucune préférence

7. **Quand vous avez commencé à recevoir des services du Programme extra-mural, est-ce que quelqu'un de ce programme vous a offert les soins à domicile dans la langue officielle (français ou anglais) de votre choix?**

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

8. **Est-ce que quelqu'un du programme vous a dit quel genre de soins ou de services vous alliez recevoir?**

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

9. **Est-ce que quelqu'un du programme vous a expliqué comment adapter votre maison pour vous déplacer de façon sécuritaire?**

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

10. **Quand vous avez commencé à recevoir des soins du Programme extra-mural, est-ce que quelqu'un du programme vous a parlé de tous les médicaments sur ordonnance (prescription) et en vente libre (sans prescription) que vous preniez?**

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

11. **Est-ce que quelqu'un du programme a demandé de voir tous les médicaments sur ordonnance (prescription) et en vente libre (sans prescription) que vous preniez?**

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

12. **Pendant les 2 derniers mois, avez-vous eu des services du Programme extra-mural par l'une ou l'autre des façons suivantes? Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent :**

- <sub>1</sub> Visites à la maison  
<sub>2</sub> Par téléphone  
<sub>3</sub> Par courriel  
<sub>4</sub> Un dispositif à distance qui peut mesurer le rythme cardiaque, la pression artérielle, le niveau d'oxygène, la température ou le poids.  
<sub>5</sub> Autres formes de services (veuillez préciser : \_\_\_\_\_)

Les prochaines questions concernent les professionnels du Programme extra-mural 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'autres programmes ou agences. 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.

13. **Avez-vous eu des services du Programme extra-mural de plus d'une personne pendant les 2 derniers mois?**
- O<sub>1</sub> Oui  
 O<sub>2</sub> Non → **Allez à la question 16**  
 O<sub>3</sub> Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas → **Allez à la question 16**
14. **Pendant les 2 derniers mois, combien de fois les professionnels du Programme extra-mural semblaient-ils avoir des connaissances à jour sur tous les soins ou traitements 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
15. **Pendant les 2 derniers mois, combien de fois avez-vous reçu des renseignements contradictoires de la part de différents professionnels du Programme extra-mural?**
- 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
16. **Pendant les 2 derniers mois, est-ce que vous et un professionnel du Programme extra-mural avez discuté de la douleur?**
- 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
17. **Pendant les 2 derniers mois, avez-vous pris de nouveaux médicaments sur ordonnance (prescription) ou changé les médicaments que vous preniez?**
- O<sub>1</sub> Oui  
 O<sub>2</sub> Non → **Allez à la question 21**  
 O<sub>3</sub> Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas → **Allez à la question 21**
18. **Pendant les 2 derniers mois, est-ce que les professionnels du Programme extra-mural ont discuté avec vous de la raison pour laquelle vous aviez de nouveaux médicaments ou que vous aviez changé de médicaments sur ordonnance (prescription)?**
- 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
19. **Pendant les 2 derniers mois, est-ce que les professionnels du Programme extra-mural ont discuté avec vous à savoir quand il fallait prendre ces médicaments?**
- 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
20. **Pendant les 2 derniers mois, est-ce que les professionnels du Programme extra-mural ont discuté avec vous des effets secondaires de ces médicaments?**
- 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
21. **Pendant les 2 derniers mois, combien de fois les professionnels du Programme extra-mural vous ont-ils dit quand ils viendraient vous voir 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
22. **Pendant les 2 derniers mois, combien de temps avez-vous passé avec les professionnels du Programme extra-mural pour chaque visite (en moyenne)?**
- O<sub>1</sub> Moins de 30 minutes  
 O<sub>2</sub> De 30 minutes à moins d'une heure  
 O<sub>3</sub> D'une heure à moins de 2 heures  
 O<sub>4</sub> 2 heures ou plus  
 O<sub>5</sub> Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

23. Pendant les 2 derniers mois, combien de fois les professionnels du Programme extra-mural vous-ont-ils ...

a) 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) 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) Écoulé 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) 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

24. Pendant les 2 derniers mois, combien de fois avez-vous obtenu les services du Programme extra-mural 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

25. En utilisant n'importe quel chiffre de 0 à 10, avec 0 qui représente les pires soins de santé à domicile possible et 10 les meilleurs soins de santé à domicile possible, quel chiffre, selon vous, représente le mieux les soins que vous avez reçus des professionnels du Programme extra-mural pendant les 2 derniers mois?

- | Pires soins de santé à domicile possible |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       | Meilleurs soins de santé 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"/>                        |

Les prochaines questions concernent le bureau du Programme extra-mural.

26. Pendant les 2 derniers mois, avez-vous contacté le bureau du Programme extra-mural pour obtenir de l'aide ou des conseils?

- <sub>1</sub> Oui  
<sub>2</sub> Non → Allez à la question 29  
<sub>3</sub> Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas → Allez à la question 29

27. Quand vous avez contacté le bureau du Programme extra-mural, avez-vous toujours eu l'aide ou les conseils dont vous aviez besoin?

- <sub>1</sub> Oui  
<sub>2</sub> Non → Allez à la question 29  
<sub>3</sub> Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas → Allez à la question 29

28. Quand vous avez contacté le bureau du Programme extra-mural, combien de temps s'est-il écoulé avant que vous n'obteniez l'aide ou les conseils dont vous aviez besoin?

- <sub>1</sub> En moins de quelques heures  
<sub>2</sub> Le jour même (mais plus que quelques heures)  
<sub>3</sub> 1 à 5 jours  
<sub>4</sub> 6 à 14 jours  
<sub>5</sub> Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

**29. Pendant les 2 derniers mois, avez-vous eu des problèmes avec les soins que vous avez reçus de la part du programme?**

- 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

**30. Pendant les 2 derniers mois, avez-vous eu des problèmes avec les professionnels du programme?**

- 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

**31. Savez-vous qui contacter si vous voulez déposer une plainte concernant vos 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

**32. Est-ce que vous recommanderiez ce programme aux membres de votre famille ou à des amis s'ils avaient besoin de soins de santé à domicile?**

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

**33. Veuillez indiquer jusqu'à quel point vous êtes d'accord ou en désaccord avec les énoncés suivants :**

**a) Les professionnels du programme m'ont donné la chance d'établir mes buts et priorités.**

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

**b) Les professionnels du programme m'ont donné les renseignements que j'avais besoin pour que je puisse m'occuper de moi-même.**

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

**c) Les professionnels du programme m'ont tenu au courant de mes progrès.**

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

**d) Les professionnels du programme et moi avons discuté du genre de renseignements qu'ils pouvaient donner à ma famille ou mes amis.**

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

**34. Est-ce que les professionnels du programme ont déjà donné des renseignements à votre famille ou à vos amis que vous ne vouliez pas partager avec eux?**

- 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

**35. Veuillez indiquer jusqu'à quel point 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.**

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

**36. Depuis combien de temps recevez-vous des services du Programme extra-mural?**

- O<sub>1</sub> 2 mois ou moins  
 O<sub>2</sub> Plus de 2 mois mais moins de 6 mois  
 O<sub>3</sub> Plus de 6 mois mais moins d'une année  
 O<sub>4</sub> Plus d'une année mais moins de 2 années  
 O<sub>5</sub> Plus de 2 années mais moins de 3 années  
 O<sub>6</sub> Plus de 3 années  
 O<sub>7</sub> Je commence ce programme, je n'ai pas encore reçu de services  
 O<sub>8</sub> Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

37. **Pendant les 2 derniers mois, combien de fois, en moyenne, avez-vous reçu des services du Programme extra-mural?**
- <sub>1</sub> À tous les jours                      <sub>5</sub> Une fois par mois  
<sub>2</sub> Quelques fois par semaine              <sub>6</sub> Seulement une fois dans les derniers deux mois  
<sub>3</sub> Une fois par semaine                      <sub>7</sub> Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas  
<sub>4</sub> Deux ou trois fois par mois
38. **Quel est votre niveau de satisfaction par rapport au nombre de fois que vous avez reçu des services du Programme extra-mural 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
39. **Est-ce que les services que vous avez reçus de ce programme ont été offerts suite à un séjour à l'hôpital ou dans un centre de réadaptation?**
- <sub>1</sub> Oui  
<sub>2</sub> Non → **Allez à la question 41**  
<sub>3</sub> Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas → **Allez à la question 41**
40. **Est-ce que le personnel de l'hôpital ou du centre de réadaptation vous a expliqué le genre de services vous alliez recevoir?**
- <sub>1</sub> Oui                      <sub>2</sub> Non                      <sub>3</sub> Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas
41. **Est-ce que votre médecin de famille habituel ou votre infirmière praticienne semble être au courant et à jour sur 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
42. **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 services du Programme extra-mural?**
- <sub>1</sub> Oui                      <sub>2</sub> Non                      <sub>3</sub> Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas
- Si oui, 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 services du Programme extra-mural.*
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
43. **a) Avez-vous été admis à l'hôpital durant la période où vous receviez des services du Programme extra-mural?**
- <sub>1</sub> Oui                      <sub>2</sub> Non              <sub>3</sub> Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas  
Combien de fois? \_\_\_\_\_
- b) Avez-vous dû vous rendre dans une salle d'urgence de l'hôpital durant la période où vous receviez des services du Programme extra-mural?**
- <sub>1</sub> Oui                      <sub>2</sub> Non              <sub>3</sub> Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas  
Combien de fois? \_\_\_\_\_
44. **En pensant aux soins à domicile que vous avez reçus de ce programme au cours des 2 derniers mois, ces services vous ont-ils aidé à rester à la maison?**
- <sub>1</sub> Oui                      <sub>2</sub> Non                      <sub>3</sub> Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

**45. Veuillez indiquer si vous avez fait face aux expériences suivantes en obtenant les services du Programme extra-mural 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 les professionnels de 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

**c) Est-il arrivé que les professionnels de soins à domicile n'aient 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 services du Programme extra-mural 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 services du Programme extra-mural 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

**46. Souhaitez-vous ajouter autre chose concernant les soins à domicile que vous avez reçus de la part du Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick, ou avez-vous des suggestions pour améliorer l'expérience vécue?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## **SECTION 2 : SERVICES DE SOINS À DOMICILE REÇUS D'UN AIDE DE MAINTIEN À DOMICILE**

Dans cette section, 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.

**47. Veuillez indiquer si vous remplissez cette section du 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

**48. Si vous remplissez cette section du 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

49. 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 51
- O<sub>3</sub> Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas → Allez à la question 51

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

---

---

51. 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 :

- O<sub>1</sub> Vous laver (bain/douche)
- O<sub>2</sub> Faire votre toilette ou pour vous habiller
- O<sub>3</sub> La préparation des repas
- O<sub>4</sub> Le ménage (nettoyage, lessive)
- O<sub>5</sub> Les soins nutritifs ou pour manger
- O<sub>6</sub> Les transferts (d'une place à l'autre à l'intérieur du domicile)
- 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
- O<sub>8</sub> Faire des courses, comme le magasinage, des opérations bancaires, ou un rendez-vous avec le médecin
- O<sub>9</sub> Autre (veuillez préciser : \_\_\_\_\_)

*En répondant aux questions dans cette section, veuillez seulement penser à l'expérience vécue à l'égard de ces soins à domicile.*

52. 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

53. 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

54. 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

55. 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

56. 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

57. 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



- 65. 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
- 66. 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
- 67. 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
- 68. 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
- 69. 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
- 70. 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
- 71. 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
- 72. 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 |
- 73. Pendant les 2 derniers mois, combien de fois avez-vous reçu des services de 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 |   |
- 74. 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

**75. 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?**

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

*Veillez 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 :*

---

---

---

---

---

**76. 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

**77. 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 services de 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

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

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## 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.

### 79. En général, diriez-vous que votre santé est ...

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

### 80. En général, diriez-vous que votre santé mentale ou émotionnelle est ...

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

### 81. 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"/> <sub>01</sub> Arthrite   | <input type="radio"/> <sub>09</sub> Accident vasculaire cérébral (AVC)   |
| <input type="radio"/> <sub>02</sub> Asthme   | <input type="radio"/> <sub>10</sub> Haute pression ou hypertension   |
| <input type="radio"/> <sub>03</sub> Emphysème ou MPOC (maladie pulmonaire obstructive chronique) | <input type="radio"/> <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"/> <sub>04</sub> Douleur chronique  | <input type="radio"/> <sub>12</sub> Reflux gastrique (ou RGO)  |
| <input type="radio"/> <sub>05</sub> Cancer   | <input type="radio"/> <sub>13</sub> La maladie d'Alzheimer   |
| <input type="radio"/> <sub>06</sub> Diabète  | <input type="radio"/> <sub>14</sub> Démence  |
| <input type="radio"/> <sub>07</sub> Dépression   | <input type="radio"/> <sub>15</sub> Anxiété  |
| <input type="radio"/> <sub>08</sub> Maladie cardiaque  | <input type="radio"/> <sub>16</sub> Taux élevé de cholestérol  |
| <input type="radio"/> <sub>17</sub> Autre (veuillez préciser : _____)                            |  |

### 82. 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

### 83. 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

### 84. 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

### 85. 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?

- <sub>1</sub> Oui  
<sub>2</sub> Non → Allez à la question 88  
<sub>3</sub> Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas → Allez à la question 88

### 86. Pendant les 2 derniers mois, qui vous a le plus aidé en vous donnant des soins à domicile?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> <sub>1</sub> Mari, femme ou conjoint de fait | <input type="radio"/> <sub>6</sub> Un ami   |
| <input type="radio"/> <sub>2</sub> Mère ou père                    | <input type="radio"/> <sub>7</sub> Un bénévole  |
| <input type="radio"/> <sub>3</sub> Fils ou fille                   | <input type="radio"/> <sub>8</sub> Autre (veuillez préciser : _____)                          |
| <input type="radio"/> <sub>4</sub> Petit-fils ou petite-fille      | <input type="radio"/> <sub>9</sub> Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas |
| <input type="radio"/> <sub>5</sub> Un autre membre de la famille   |   |

**87. 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>2</sub> Quelques fois par semaine
- O<sub>3</sub> Une fois par semaine
- O<sub>4</sub> Deux ou trois fois par mois
- O<sub>5</sub> Une fois par mois
- O<sub>6</sub> Seulement une fois dans les derniers deux mois
- O<sub>7</sub> Autre, veuillez préciser : \_\_\_\_\_
- O<sub>8</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.*

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

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

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

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

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

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

**91. 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 :**

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

**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**