



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

Pour les soins à domicile reçus du Programme extra-mural

### INSTRUCTIONS :

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

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

- O<sub>1</sub> Au sujet de vos services de soins à domicile → **Allez à la question 3**
- O<sub>2</sub> Au nom du patient

#### 2. Si vous remplissez ce sondage au nom du patient, 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 patient

### SERVICES DE SOINS À DOMICILE QUE VOUS AVEZ REÇUS

Dans le cadre de ce sondage, les soins à domicile comprennent les services de soins de santé offerts par une infirmière, un travailleur social, un physiothérapeute, un ergothérapeute, un orthophoniste, un thérapeute respiratoire, un diététiste, ou un assistant à la réadaptation. Si vous n'avez jamais reçu ces services, veuillez noircir le cercle qui suit et nous retourner le présent questionnaire en utilisant l'enveloppe affranchie. Cela nous aidera à tenir le compte des questionnaires qui pourraient avoir été envoyés par erreur. Merci.

- O<sub>1</sub> Je n'ai jamais reçu ces services de soins à domicile du Programme extra-mural

#### 3. Veuillez choisir l'énoncé qui décrit le mieux votre situation :

- O<sub>1</sub> Je n'ai encore reçu aucun service du Programme extra-mural, mais j'en recevrai → **Allez à la question 44**
- O<sub>2</sub> Je ne reçois plus de services du Programme extra-mural depuis plus de 2 mois → **Allez à la question 5**
- O<sub>3</sub> J'ai arrêté de recevoir des services du Programme extra-mural dans les 2 derniers mois
- O<sub>4</sub> Je reçois actuellement des services du Programme extra-mural

#### 4. Avez-vous reçu des services de 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"/> O <sub>1</sub> Infirmière                                 | <input type="radio"/> O <sub>6</sub> Travailleur social                 |
| <input type="radio"/> O <sub>2</sub> Physiothérapeute                           | <input type="radio"/> O <sub>7</sub> Diététiste                         |
| <input type="radio"/> O <sub>3</sub> Ergothérapeute                             | <input type="radio"/> O <sub>8</sub> Assistant à la réadaptation        |
| <input type="radio"/> O <sub>4</sub> Orthophoniste                              | <input type="radio"/> O <sub>66</sub> Autre (veuillez préciser : _____) |
| <input type="radio"/> O <sub>5</sub> Thérapeute respiratoire (inhalothérapeute) | <input type="radio"/> O <sub>0</sub> Ne s'applique pas                  |

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

- O<sub>1</sub> Oui
- O<sub>2</sub> Non
- O<sub>0</sub> Ne s'applique pas
- O<sub>8</sub> Je ne sais pas

### LANGUE DE SERVICE

#### 6. 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

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

- O<sub>1</sub> Oui
- O<sub>2</sub> Non
- O<sub>0</sub> Ne s'applique pas
- O<sub>8</sub> Je ne sais pas

8. **Au cours des 2 derniers mois, combien de fois avez-vous reçu les services du Programme extra-mural dont vous aviez besoin dans la langue (français ou anglais) de votre choix ?**
- <sub>1</sub> Jamais                      <sub>2</sub> Parfois                      <sub>3</sub> Habituellement                      <sub>4</sub> Toujours  
<sub>0</sub> Ne s'applique pas                      <sub>8</sub> Je ne sais pas
9. **a) Préférez-vous recevoir des services du Programme extra-mural dans une langue autre que le français ou l'anglais ?**
- <sub>1</sub> Oui, Wolastoqey                      <sub>2</sub> Oui, Mi'kmaq                      <sub>66</sub> Oui, autre (veuillez préciser : \_\_\_\_\_)  
<sub>0</sub> Non → **Allez à la question 10**
- b) Si vous avez répondu OUI à la question précédente : Dans les 2 derniers mois, combien de fois avez-vous reçu les services du Programme extra-mural dont vous aviez besoin dans votre langue de préférence ?**
- <sub>1</sub> Jamais                      <sub>2</sub> Parfois                      <sub>3</sub> Habituellement                      <sub>4</sub> Toujours  
<sub>0</sub> Ne s'applique pas                      <sub>8</sub> Je ne sais pas

#### LORSQUE VOUS AVEZ COMMENCÉ À RECEVOIR DES SERVICES

10. **Est-ce que les services que vous avez reçus du Programme extra-mural 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 12**                      <sub>8</sub> Je ne sais pas → **Allez à la question 12**
11. **Si vous avez répondu OUI à la question précédente : Est-ce que le personnel de l'hôpital ou du centre de réadaptation vous a expliqué le genre de services vous alliez recevoir du Programme extra-mural ?**
- <sub>1</sub> Oui                      <sub>2</sub> Non                      <sub>0</sub> Ne s'applique pas                      <sub>8</sub> Je ne sais pas
12. **Est-ce que votre médecin de famille ou votre infirmière praticienne semble être au courant et à jour sur les services que vous avez reçus du Programme extra-mural ?**
- <sub>1</sub> Oui                      <sub>2</sub> Non                      <sub>8</sub> Je ne sais pas  
<sub>0</sub> Ne s'applique pas / Je n'ai pas de médecin de famille ni d'infirmière praticienne
13. **Quand vous avez commencé à recevoir des services du Programme extra-mural, 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>0</sub> Ne s'applique pas                      <sub>8</sub> Je ne sais pas
14. **Quand vous avez commencé à recevoir des services 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>0</sub> Ne s'applique pas                      <sub>8</sub> Je ne sais pas
15. **Quand vous avez commencé à recevoir des services du Programme extra-mural, 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>0</sub> Ne s'applique pas                      <sub>8</sub> Je ne sais pas
16. **Veillez indiquer jusqu'à quel point vous êtes d'accord ou en désaccord avec l'énoncé suivant : « Quand j'ai commencé à recevoir des services du Programme extra-mural, les professionnels du programme m'ont donné la chance d'établir mes buts et priorités. »**
- <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>0</sub> Ne s'applique pas                      <sub>8</sub> Je ne sais pas

#### SERVICES REÇUS AU COURS DES 2 DERNIERS MOIS

Cette section comprend les services du Programme extra-mural reçus au cours des 2 derniers mois. Si vous ne recevez plus de services du Programme extra-mural depuis plus de 2 mois, allez à la question 34.

17. Avez-vous reçu des services du Programme extra-mural de plus d'une personne au cours des 2 derniers mois ?

- O<sub>1</sub> Oui                       O<sub>2</sub> Non                       O<sub>8</sub> Je ne sais pas

18. Au cours des 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>0</sub> Ne s'applique pas                       O<sub>8</sub> Je ne sais pas

19. Au cours des 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>0</sub> Ne s'applique pas                       O<sub>8</sub> Je ne sais pas

20. Au cours des 2 derniers mois, combien de fois les professionnels du Programme extra-mural vous-ont-ils ...

a) Soigné aussi délicatement que possible ?

- O<sub>1</sub> Jamais                       O<sub>2</sub> Parfois                       O<sub>3</sub> Habituellement                       O<sub>4</sub> Toujours  
 O<sub>0</sub> Ne s'applique pas                       O<sub>8</sub> Je ne sais pas

b) Donné des explications qui étaient faciles à comprendre ?

- O<sub>1</sub> Jamais                       O<sub>2</sub> Parfois                       O<sub>3</sub> Habituellement                       O<sub>4</sub> Toujours  
 O<sub>0</sub> Ne s'applique pas                       O<sub>8</sub> Je ne sais pas

c) Écoulé attentivement ce que vous aviez à dire ?

- O<sub>1</sub> Jamais                       O<sub>2</sub> Parfois                       O<sub>3</sub> Habituellement                       O<sub>4</sub> Toujours  
 O<sub>0</sub> Ne s'applique pas                       O<sub>8</sub> Je ne sais pas

d) Traité avec courtoisie et respect ?

- O<sub>1</sub> Jamais                       O<sub>2</sub> Parfois                       O<sub>3</sub> Habituellement                       O<sub>4</sub> Toujours  
 O<sub>0</sub> Ne s'applique pas                       O<sub>8</sub> Je ne sais pas

21. 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 au cours des 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"/> |

22. Au cours des 2 derniers mois, avez-vous reçu des services du Programme extra-mural par l'une ou l'autre des façons suivantes ? Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent :

- O<sub>1</sub> Services reçus à la maison  
 O<sub>2</sub> Informations reçues par téléphone  
 O<sub>3</sub> Informations reçues par courriel  
 O<sub>4</sub> Informations reçues par vidéo (virtuel)  
 O<sub>5</sub> Un dispositif à distance qui peut mesurer le rythme cardiaque, la pression artérielle, le niveau d'oxygène, la température ou le poids  
 O<sub>6</sub> Autres formes de services (veuillez préciser : \_\_\_\_\_)

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

- O<sub>1</sub> Oui                       O<sub>2</sub> Non → Allez à la question 25                       O<sub>8</sub> Je ne sais pas → Allez à la question 25

24. Si vous avez répondu OUI à la question précédente : Quand vous avez contacté le bureau du Programme extra-mural, avez-vous toujours reçu l'aide ou les conseils dont vous aviez besoin ?
- <sub>1</sub> Oui      <sub>2</sub> Non      <sub>0</sub> Ne s'applique pas      <sub>8</sub> Je ne sais pas
25. Au cours des 2 derniers mois, combien de temps avez-vous passé avec les professionnels du Programme extra-mural pour chaque visite (en moyenne) ?
- <sub>1</sub> Moins de 30 minutes      <sub>4</sub> 2 heures ou plus  
<sub>2</sub> De 30 minutes à moins d'une heure      <sub>0</sub> Ne s'applique pas  
<sub>3</sub> D'une heure à moins de 2 heures      <sub>8</sub> Je ne sais pas
26. Au cours des 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 2 derniers mois  
<sub>3</sub> Une fois par semaine      <sub>0</sub> Ne s'applique pas  
<sub>4</sub> 2 ou 3 fois par mois      <sub>8</sub> Je ne sais pas
27. Quel est votre niveau de satisfaction par rapport au nombre de fois que vous avez reçu des services du Programme extra-mural au cours des 2 derniers mois ?
- <sub>1</sub> Très insatisfait    <sub>2</sub> Insatisfait    <sub>3</sub> Ni insatisfait ni satisfait    <sub>4</sub> Satisfait    <sub>5</sub> Très satisfait  
<sub>0</sub> Ne s'applique pas    <sub>8</sub> Je ne sais pas
28. Au cours des 2 derniers mois, est-il arrivé que vous ayez besoin des services du Programme extra-mural, mais qu'il y ait des limites, des réductions ou des visites annulées en raison de la pandémie de COVID-19 ?
- <sub>1</sub> Oui      <sub>2</sub> Non      <sub>0</sub> Ne s'applique pas      <sub>8</sub> Je ne sais pas
29. Au cours des 2 derniers mois, combien de fois les professionnels du Programme extra-mural ont-ils adopté chacune de ces mesures pour protéger votre santé et assurer votre sécurité pendant la pandémie de COVID-19 :
- a) Porter un masque
- <sub>1</sub> Jamais      <sub>2</sub> Parfois      <sub>3</sub> Habituellement      <sub>4</sub> Toujours  
<sub>0</sub> Ne s'applique pas      <sub>8</sub> Je ne sais pas
- b) Se tenir à 2 mètres (6 pieds) de distance des autres personnes lorsque cela s'avérait possible
- <sub>1</sub> Jamais      <sub>2</sub> Parfois      <sub>3</sub> Habituellement      <sub>4</sub> Toujours  
<sub>0</sub> Ne s'applique pas      <sub>8</sub> Je ne sais pas
- c) Se laver les mains avant de dispenser des soins de personne à personne
- <sub>1</sub> Jamais      <sub>2</sub> Parfois      <sub>3</sub> Habituellement      <sub>4</sub> Toujours  
<sub>0</sub> Ne s'applique pas / Le personnel portait des gants      <sub>8</sub> Je ne sais pas
30. Au cours des 2 derniers mois, trouviez-vous que les professionnels du Programme extra-mural ont pris votre santé et votre sécurité au sérieux pendant la pandémie de COVID-19 ?
- <sub>1</sub> Oui, certainement      <sub>2</sub> Oui, un peu  
<sub>3</sub> Non (Veuillez préciser si non reliée à la question 29 : \_\_\_\_\_)  
<sub>0</sub> Ne s'applique pas      <sub>8</sub> Je ne sais pas
31. Au cours des 2 derniers mois, avez-vous eu des problèmes avec les professionnels du Programme extra-mural ?
- <sub>1</sub> Oui      <sub>2</sub> Non      <sub>0</sub> Ne s'applique pas      <sub>8</sub> Je ne sais pas

**32. En pensant aux services que vous avez reçus du Programme extra-mural 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>0</sub> Ne s'applique pas                      <sub>8</sub> Je ne sais pas

**33. En pensant aux services que vous avez reçus du Programme extra-mural au cours des 2 derniers mois, 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>0</sub> Ne s'applique pas                      <sub>8</sub> Je ne sais pas

#### **SERVICES REÇUS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS**

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

**a) « Au cours des 12 derniers mois, les professionnels du Programme extra-mural m'ont donné les renseignements que j'avais besoin pour que je puisse m'occuper de moi-même. »**

<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>0</sub> Ne s'applique pas      <sub>8</sub> Je ne sais pas

**b) « Au cours des 12 derniers mois, les professionnels du Programme extra-mural m'ont tenu au courant de mes progrès. »**

<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>0</sub> Ne s'applique pas      <sub>8</sub> Je ne sais pas

**c) « Au cours des 12 derniers mois, les professionnels du Programme extra-mural et moi avons discuté 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>0</sub> Ne s'applique pas      <sub>8</sub> Je ne sais pas

**d) « Au cours des 12 derniers mois, 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>0</sub> Ne s'applique pas      <sub>8</sub> Je ne sais pas

**35. Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vous ou un membre de votre famille croyez que vous avez souffert en raison d'une erreur médicale ou d'une faute commise à la suite de services du Programme extra-mural ?**

<sub>1</sub> Oui, veuillez préciser : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<sub>2</sub> Non                      <sub>0</sub> Ne s'applique pas                      <sub>8</sub> Je ne sais pas

**36. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été admis à l'hôpital pour un problème qui aurait pu, selon vous, être évité si vous aviez reçu de meilleurs services du Programme extra-mural ?**

<sub>1</sub> Oui                      <sub>2</sub> Non                      <sub>0</sub> Ne s'applique pas                      <sub>8</sub> Je ne sais pas  
Combien de fois ? \_\_\_\_\_

**37. Au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous présenté à une salle d'urgence d'un hôpital pour un problème qui aurait pu, selon vous, être évité si vous aviez reçu de meilleurs services du Programme extra-mural ?**

<sub>1</sub> Oui                      <sub>2</sub> Non                      <sub>0</sub> Ne s'applique pas                      <sub>8</sub> Je ne sais pas  
Combien de fois ? \_\_\_\_\_



**À PROPOS DE VOUS (PATIENT OU PATIENTE AYANT REÇU CE QUESTIONNAIRE)**

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

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

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

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

**49. Lequel des énoncés suivants décrit le mieux l'effet de la pandémie de COVID-19 sur votre santé mentale ou émotionnelle ?**

- O<sub>1</sub> Effet négatif majeur       O<sub>2</sub> Effet négatif mineur       O<sub>3</sub> Aucun effet       O<sub>4</sub> Effet positif mineur       O<sub>5</sub> Effet positif majeur

**50. Les personnes ayant un handicap comprennent ceux et celles qui ont des incapacités physiques, intellectuelles, mentales ou sensorielles à long terme qui pourraient les empêcher de participer pleinement à la société, sur un pied d'égalité avec les autres personnes. Êtes-vous limité quant au type et à la quantité d'activités que vous pouvez faire à la maison, au travail ou ailleurs à cause d'une condition physique ou mentale, ou d'un problème de santé ?**

- O<sub>1</sub> Non       O<sub>2</sub> Oui, parfois       O<sub>3</sub> Oui, souvent       O<sub>9</sub> Préfère ne pas répondre

**51. 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 ou autres troubles neurocognitifs   |
| <input type="radio"/> O <sub>06</sub> Diabète  | <input type="radio"/> O <sub>14</sub> Anxiété  |
| <input type="radio"/> O <sub>07</sub> Dépression   | <input type="radio"/> O <sub>15</sub> Taux élevé de cholestérol  |
| <input type="radio"/> O <sub>08</sub> Maladie cardiaque  | <input type="radio"/> O <sub>66</sub> Autre (veuillez préciser : _____)  |

**52. À quel point êtes-vous confiant(e) par rapport à votre capacité à contrôler et à gérer votre état de santé ?**

- O<sub>1</sub> Pas du tout confiant       O<sub>2</sub> Pas très confiant       O<sub>3</sub> Confiant       O<sub>4</sub> Très confiant  
 O<sub>0</sub> Ne s'applique pas       O<sub>8</sub> Je ne sais pas

**53. Lequel des énoncés suivants décrit le mieux l'effet de la pandémie de COVID-19 sur votre capacité à contrôler et à gérer votre état de santé ?**

- O<sub>1</sub> Effet négatif majeur       O<sub>2</sub> Effet négatif mineur       O<sub>3</sub> Aucun effet       O<sub>4</sub> Effet positif mineur       O<sub>5</sub> Effet positif majeur  
 O<sub>0</sub> Ne s'applique pas       O<sub>8</sub> Je ne sais pas

**54. Vivez-vous seul(e) ?**

- O<sub>1</sub> Oui       O<sub>2</sub> Non       O<sub>9</sub> Préfère ne pas répondre

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

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> O <sub>1</sub> 8e année ou moins   | <input type="radio"/> O <sub>4</sub> Diplôme ou certificat d'un collège, d'une école de métier ou d'une école technique |
| <input type="radio"/> O <sub>2</sub> École secondaire, mais je n'ai pas reçu mon diplôme         | <input type="radio"/> O <sub>5</sub> Diplôme universitaire de premier cycle   |
| <input type="radio"/> O <sub>3</sub> École secondaire ou test d'équivalence d'études secondaires | <input type="radio"/> O <sub>6</sub> Diplôme universitaire de deuxième cycle ou études supérieures                      |
| <input type="radio"/> O <sub>9</sub> Préfère ne pas répondre                                     |   |

**56. a) Vous identifiez-vous comme membre des Premières Nations, Métis ou Inuk/Inuit ?**

- O<sub>1</sub> Oui       O<sub>2</sub> Non → **Allez à la question 57**       O<sub>9</sub> Préfère ne pas répondre → **Allez à la question 57**

**b) Si vous avez répondu OUI à la question précédente, choisissez toutes les réponses qui s'appliquent :**

- O<sub>1</sub> Je m'identifie comme membre des Premières Nations       O<sub>2</sub> Je m'identifie comme Métis       O<sub>3</sub> Je m'identifie comme Inuk/Inuit  
 O<sub>0</sub> Ne s'applique pas       O<sub>9</sub> Préfère ne pas répondre

**57. Nous savons que la race n'a aucun fondement significatif sur le plan génétique. Elle a toutefois des conséquences importantes, notamment sur la manière dont nous sommes traités par les personnes et les institutions. Parmi les catégories de race suivantes, laquelle vous décrit le mieux ? Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent :**

- O<sub>1</sub> Noir (Personne d'ascendance africaine, afro-antillaise, afro-canadienne)  
 O<sub>2</sub> Est-asiatique/Asiatique du Sud-Est (Personne d'ascendance chinoise, coréenne, japonaise, taïwanaise ou philippine, vietnamienne, cambodgienne, thaïlandaise, indonésienne ou d'une autre ascendance asiatique du Sud-Est)  
 O<sub>3</sub> Autochtone (Personne d'ascendance des Premières Nations, métisse, inuite)  
 O<sub>4</sub> Latino (Personne d'ascendance latino-américaine, hispanique)  
 O<sub>5</sub> Moyen-oriental (Personne d'ascendance arabe, perse, de l'Asie occidentale, p. ex. afghane, égyptienne, iranienne, libanaise, turque, kurde)  
 O<sub>6</sub> Sud-asiatique (Personne d'ascendance sud-asiatique, p. ex. indo-orientale, pakistanaise, bangladaise, sri-lankaise, indo-caribéenne)  
 O<sub>7</sub> Blanc (Personne d'ascendance européenne)  
 O<sub>8</sub> Autre catégorie raciale  
 O<sub>88</sub> Je ne sais pas       O<sub>9</sub> Préfère ne pas répondre

**58. a) Êtes-vous né(e) au Canada ?**

- O<sub>1</sub> Oui → **Allez à la question 59**       O<sub>2</sub> Non       O<sub>9</sub> Préfère ne pas répondre → **Allez à la question 59**

**b) Si vous avez répondu NON à la question précédente : Depuis combien d'années vivez-vous au Canada ?**

- O<sub>1</sub> Moins d'un an       O<sub>2</sub> D'un an à moins de 5 ans       O<sub>3</sub> De 5 ans à moins de 10 ans  
 O<sub>4</sub> 10 ans ou plus       O<sub>9</sub> Préfère ne pas répondre

**59. Veuillez indiquer si l'année passée, c'est-à-dire en 2020, 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>8</sub> Je ne sais pas       O<sub>9</sub> Préfère ne pas répondre

**60. Souhaitez-vous ajouter autre chose concernant les services de soins à domicile que vous avez reçus de la part du Programme extra-mural, 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**