



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 ...

- O₁ Au sujet de vos services de soins à domicile → **Allez à la question 3**
- O₂ 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.

- O₁ Nous allons remplir le sondage ensemble
- O₂ 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.

- O₁ 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 :

- O₁ Je n'ai encore reçu aucun service du Programme extra-mural, mais j'en recevrai → **Allez à la question 44**
- O₂ Je ne reçois plus de services du Programme extra-mural depuis plus de 2 mois → **Allez à la question 5**
- O₃ J'ai arrêté de recevoir des services du Programme extra-mural dans les 2 derniers mois
- O₄ 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 ₁ Infirmière | <input type="radio"/> O ₆ Travailleur social |
| <input type="radio"/> O ₂ Physiothérapeute | <input type="radio"/> O ₇ Diététiste |
| <input type="radio"/> O ₃ Ergothérapeute | <input type="radio"/> O ₈ Assistant à la réadaptation |
| <input type="radio"/> O ₄ Orthophoniste | <input type="radio"/> O ₆₆ Autre (veuillez préciser : _____) |
| <input type="radio"/> O ₅ Thérapeute respiratoire (inhalothérapeute) | <input type="radio"/> O ₀ Ne s'applique pas |

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

- O₁ Oui
- O₂ Non
- O₀ Ne s'applique pas
- O₈ 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 ?

- O₁ Français
- O₂ Anglais
- O₃ 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 ?

- O₁ Oui
- O₂ Non
- O₀ Ne s'applique pas
- O₈ 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 ?**
- ₁ Jamais ₂ Parfois ₃ Habituellement ₄ Toujours
₀ Ne s'applique pas ₈ 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 ?**
- ₁ Oui, Wolastoqey ₂ Oui, Mi'kmaq ₆₆ Oui, autre (veuillez préciser : _____)
₀ 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 ?**
- ₁ Jamais ₂ Parfois ₃ Habituellement ₄ Toujours
₀ Ne s'applique pas ₈ 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 ?**
- ₁ Oui ₂ Non → **Allez à la question 12** ₈ 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 ?**
- ₁ Oui ₂ Non ₀ Ne s'applique pas ₈ 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 ?**
- ₁ Oui ₂ Non ₈ Je ne sais pas
₀ 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 ?**
- ₁ Oui ₂ Non ₀ Ne s'applique pas ₈ 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 ?**
- ₁ Oui ₂ Non ₀ Ne s'applique pas ₈ 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 ?**
- ₁ Oui ₂ Non ₀ Ne s'applique pas ₈ 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. »**
- ₁ Fortement en désaccord ₂ En désaccord ₃ Neutre ₄ D'accord ₅ Fortement d'accord
₀ Ne s'applique pas ₈ 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 ?

- ₁ Oui ₂ Non ₈ 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 ?

- ₁ Jamais ₂ Parfois ₃ Habituellement ₄ Toujours
₀ Ne s'applique pas ₈ 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 ?

- ₁ Jamais ₂ Parfois ₃ Habituellement ₄ Toujours
₀ Ne s'applique pas ₈ 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 ?

- ₁ Jamais ₂ Parfois ₃ Habituellement ₄ Toujours
₀ Ne s'applique pas ₈ Je ne sais pas

b) Donné des explications qui étaient faciles à comprendre ?

- ₁ Jamais ₂ Parfois ₃ Habituellement ₄ Toujours
₀ Ne s'applique pas ₈ Je ne sais pas

c) Écouté attentivement ce que vous aviez à dire ?

- ₁ Jamais ₂ Parfois ₃ Habituellement ₄ Toujours
₀ Ne s'applique pas ₈ Je ne sais pas

d) Traité avec courtoisie et respect ?

- ₁ Jamais ₂ Parfois ₃ Habituellement ₄ Toujours
₀ Ne s'applique pas ₈ 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"/> | <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. 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 :

- ₁ Services reçus à la maison
₂ Informations reçues par téléphone
₃ Informations reçues par courriel
₄ Informations reçues par vidéo (virtuel)
₅ Un dispositif à distance qui peut mesurer le rythme cardiaque, la pression artérielle, le niveau d'oxygène, la température ou le poids
₆ 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 ?

- ₁ Oui ₂ Non → Allez à la question 25 ₈ 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 ?
- ₁ Oui ₂ Non ₀ Ne s'applique pas ₈ 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) ?
- ₁ Moins de 30 minutes ₄ 2 heures ou plus
₂ De 30 minutes à moins d'une heure ₀ Ne s'applique pas
₃ D'une heure à moins de 2 heures ₈ 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 ?
- ₁ À tous les jours ₅ Une fois par mois
₂ Quelques fois par semaine ₆ Seulement une fois dans les 2 derniers mois
₃ Une fois par semaine ₀ Ne s'applique pas
₄ 2 ou 3 fois par mois ₈ 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 ?
- ₁ Très insatisfait ₂ Insatisfait ₃ Ni insatisfait ni satisfait ₄ Satisfait ₅ Très satisfait
₀ Ne s'applique pas ₈ 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 ?
- ₁ Oui ₂ Non ₀ Ne s'applique pas ₈ 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
- ₁ Jamais ₂ Parfois ₃ Habituellement ₄ Toujours
₀ Ne s'applique pas ₈ Je ne sais pas
- b) Se tenir à 2 mètres (6 pieds) de distance des autres personnes lorsque cela s'avérait possible
- ₁ Jamais ₂ Parfois ₃ Habituellement ₄ Toujours
₀ Ne s'applique pas ₈ Je ne sais pas
- c) Se laver les mains avant de dispenser des soins de personne à personne
- ₁ Jamais ₂ Parfois ₃ Habituellement ₄ Toujours
₀ Ne s'applique pas / Le personnel portait des gants ₈ 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 ?
- ₁ Oui, certainement ₂ Oui, un peu
₃ Non (Veuillez préciser si non reliée à la question 29 : _____)
₀ Ne s'applique pas ₈ Je ne sais pas
31. Au cours des 2 derniers mois, avez-vous eu des problèmes avec les professionnels du Programme extra-mural ?
- ₁ Oui ₂ Non ₀ Ne s'applique pas ₈ 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 ?

₁ Oui ₂ Non ₀ Ne s'applique pas ₈ 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 ?

₁ Oui, veuillez préciser : _____

₂ Non ₀ Ne s'applique pas ₈ 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. »

₁ Fortement en désaccord ₂ En désaccord ₃ Neutre ₄ D'accord ₅ Fortement d'accord
₀ Ne s'applique pas ₈ 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. »

₁ Fortement en désaccord ₂ En désaccord ₃ Neutre ₄ D'accord ₅ Fortement d'accord
₀ Ne s'applique pas ₈ 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. »

₁ Fortement en désaccord ₂ En désaccord ₃ Neutre ₄ D'accord ₅ Fortement d'accord
₀ Ne s'applique pas ₈ 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. »

₁ Fortement en désaccord ₂ En désaccord ₃ Neutre ₄ D'accord ₅ Fortement d'accord
₀ Ne s'applique pas ₈ 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 ?

₁ Oui, veuillez préciser : _____

₂ Non ₀ Ne s'applique pas ₈ 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 ?

₁ Oui ₂ Non ₀ Ne s'applique pas ₈ 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 ?

₁ Oui ₂ Non ₀ Ne s'applique pas ₈ 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 ...

- O₁ Mauvaise O₂ Passable O₃ Bonne O₄ Très bonne O₅ Excellente

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

- O₁ Mauvaise O₂ Passable O₃ Bonne O₄ Très bonne O₅ Excellente

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

- O₁ Effet négatif majeur O₂ Effet négatif mineur O₃ Aucun effet O₄ Effet positif mineur O₅ 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 ?

- O₁ Non O₂ Oui, parfois O₃ Oui, souvent O₉ 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 ₀₁ Arthrite | <input type="radio"/> O ₀₉ Accident vasculaire cérébral (AVC) |
| <input type="radio"/> O ₀₂ Asthme | <input type="radio"/> O ₁₀ Haute pression ou hypertension |
| <input type="radio"/> O ₀₃ Emphysème ou MPOC (maladie pulmonaire obstructive chronique) | <input type="radio"/> O ₁₁ 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 ₀₄ Douleur chronique | <input type="radio"/> O ₁₂ Reflux gastrique (ou RGO) |
| <input type="radio"/> O ₀₅ Cancer | <input type="radio"/> O ₁₃ La maladie d'Alzheimer ou autres troubles neurocognitifs |
| <input type="radio"/> O ₀₆ Diabète | <input type="radio"/> O ₁₄ Anxiété |
| <input type="radio"/> O ₀₇ Dépression | <input type="radio"/> O ₁₅ Taux élevé de cholestérol |
| <input type="radio"/> O ₀₈ Maladie cardiaque | <input type="radio"/> O ₆₆ 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 ?

- O₁ Pas du tout confiant O₂ Pas très confiant O₃ Confiant O₄ Très confiant
 O₀ Ne s'applique pas O₈ 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 ?

- O₁ Effet négatif majeur O₂ Effet négatif mineur O₃ Aucun effet O₄ Effet positif mineur O₅ Effet positif majeur
 O₀ Ne s'applique pas O₈ Je ne sais pas

54. Vivez-vous seul(e) ?

- O₁ Oui O₂ Non O₉ 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 ₁ 8e année ou moins | <input type="radio"/> O ₄ Diplôme ou certificat d'un collège, d'une école de métier ou d'une école technique |
| <input type="radio"/> O ₂ École secondaire, mais je n'ai pas reçu mon diplôme | <input type="radio"/> O ₅ Diplôme universitaire de premier cycle |
| <input type="radio"/> O ₃ École secondaire ou test d'équivalence d'études secondaires | <input type="radio"/> O ₆ Diplôme universitaire de deuxième cycle ou études supérieures |
| <input type="radio"/> O ₉ Préfère ne pas répondre | |

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

- O₁ Oui O₂ Non → **Allez à la question 57** O₉ 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 :

- O₁ Je m'identifie comme membre des Premières Nations O₂ Je m'identifie comme Métis O₃ Je m'identifie comme Inuk/Inuit
 O₀ Ne s'applique pas O₉ 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 :

- O₁ Noir (Personne d'ascendance africaine, afro-antillaise, afro-canadienne)
 O₂ 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)
 O₃ Autochtone (Personne d'ascendance des Premières Nations, métisse, inuite)
 O₄ Latino (Personne d'ascendance latino-américaine, hispanique)
 O₅ Moyen-oriental (Personne d'ascendance arabe, perse, de l'Asie occidentale, p. ex. afghane, égyptienne, iranienne, libanaise, turque, kurde)
 O₆ Sud-asiatique (Personne d'ascendance sud-asiatique, p. ex. indo-orientale, pakistanaise, bangladaise, sri-lankaise, indo-caribéenne)
 O₇ Blanc (Personne d'ascendance européenne)
 O₈ Autre catégorie raciale
 O₈₈ Je ne sais pas O₉ Préfère ne pas répondre

58. a) Êtes-vous né(e) au Canada ?

- O₁ Oui → **Allez à la question 59** O₂ Non O₉ 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 ?

- O₁ Moins d'un an O₂ D'un an à moins de 5 ans O₃ De 5 ans à moins de 10 ans
 O₄ 10 ans ou plus O₉ 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 :

- O₁ Moins de 25 000 \$ O₂ 25 000 \$ à moins de 60 000 \$ O₃ 60 000 \$ ou plus
 O₈ Je ne sais pas O₉ 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**