



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 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
- O₂ Au nom du patient, et nous allons remplir le sondage ensemble
- O₃ 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 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. 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 soutien à domicile

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

- O₁ Je n'ai encore reçu aucun service de soutien à domicile, mais j'en recevrai → **Allez à la question 28**
- O₂ Je ne reçois plus de services de soutien à domicile depuis plus de 2 mois maintenant → **Allez à la question 4**
- O₃ J'ai arrêté de recevoir des services de soutien à domicile dans les 2 derniers mois
- O₄ Je reçois actuellement des services de soutien à domicile

3. 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 ₁ Vous laver (bain/douche) | <input type="radio"/> O ₆ Les transferts (d'une place à l'autre à l'intérieur du domicile) |
| <input type="radio"/> O ₂ Faire votre toilette ou pour vous habiller | <input type="radio"/> O ₇ 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 ₃ La préparation des repas | <input type="radio"/> O ₈ Faire des courses, comme le magasinage, des opérations bancaires, ou un rendez-vous avec le médecin |
| <input type="radio"/> O ₄ Le ménage (nettoyage, lessive) | <input type="radio"/> O ₆₆ Autre (veuillez préciser : _____) |
| <input type="radio"/> O ₅ Les soins nutritifs ou pour manger | <input type="radio"/> O ₀ Ne s'applique pas |

4. Est-ce que les services de soutien à domicile ont commencé dès que vous pensiez en avoir besoin ?

- O₁ Oui
- O₂ Non
- O₀ Ne s'applique pas
- O₈ Je ne sais pas

5. Avant de commencer à recevoir des services de soutien à domicile, est-ce que cela a été facile ou difficile d'obtenir des renseignements sur ces services au Nouveau-Brunswick ?

- O₁ Très difficile
- O₂ Difficile
- O₃ Facile
- O₄ Très facile
- 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

- 14. Au cours des 2 derniers mois, combien de fois avez-vous reçu des services de soutien à domicile, en moyenne ?**
- 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
- 15. Quel est votre niveau de satisfaction par rapport au nombre de fois que vous avez reçu des services de soutien à domicile 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
- 16. Au cours des 2 derniers mois, est-il arrivé que vous ayez besoin des services de soutien à domicile, 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
- 17. Au cours des 2 derniers mois, combien de fois les aides de maintien à domicile 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 / L'aide de maintien à domicile portait des gants ₈ Je ne sais pas
- 18. Au cours des 2 derniers mois, trouviez-vous que les aides de maintien à domicile 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 17 : _____)
₀ Ne s'applique pas ₈ Je ne sais pas
- 19. Au cours des 2 derniers mois, combien de fois vos services de soutien à domicile vous ont-ils été offerts à un moment qui vous convenait ?**
- ₁ Jamais ₂ Rarement ₃ Parfois ₄ La plupart du temps ₅ Toujours
₀ Ne s'applique pas ₈ Je ne sais pas
- 20. En pensant aux services de soutien à domicile que vous avez reçus 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
- 21. En pensant aux services de soutien à domicile que vous avez reçus 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

22. 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 ou d'une faute commise à la suite de services de soutien à domicile?
- ₁ Oui, veuillez préciser : _____

- ₂ Non ₀ Ne s'applique pas ₈ Je ne sais pas
23. Veuillez indiquer jusqu'à quel point vous êtes d'accord ou en désaccord avec l'énoncé suivant : « 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
24. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu un problème au niveau de la langue avec les aides de maintien à domicile ?
- ₁ Oui ₂ Non ₀ Ne s'applique pas ₈ Je ne sais pas
Veuillez préciser: _____
25. Au cours des 12 derniers mois, est-il arrivé que les aides de maintien à domicile n'aient pas pris en considération vos valeurs spirituelles ou culturelles ?
- ₁ Oui ₂ Non ₀ Ne s'applique pas ₈ Je ne sais pas
26. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu besoin de services de soutien à domicile mais qu'il y avait soit des limites ou des réductions dans le genre de services offerts ?
- ₁ Oui ₂ Non ₀ Ne s'applique pas ₈ Je ne sais pas
27. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu besoin de services de soutien à domicile mais qu'il y avait soit des limites ou des réductions dans la durée du service ou le nombre d'heures offertes ?
- ₁ Oui ₂ Non ₀ Ne s'applique pas ₈ Je ne sais pas

SOINS REÇUS DE MEMBRES DE LA FAMILLE ET D'AMIS AU COURS DES 2 DERNIERS MOIS

Les prochaines questions portent sur les soins personnels non rémunérés, comme le ménage, la préparation des repas ou l'hygiène personnelle, que vous pourriez avoir reçus de membres de votre famille, d'amis ou de bénévoles. N'incluez pas les soins reçus par des aides de maintien à domicile.

28. Au cours des 2 derniers mois, est-ce qu'un ami, un membre de la famille ou un bénévole vous a aidé avec vos soins à domicile ?
- ₁ Oui ₂ Non → Allez à la question 32 ₈ Je ne sais pas → Allez à la question 32
29. Si vous avez répondu OUI à la question précédente : Au cours des 2 derniers mois, qui vous a le plus aidé avec vos soins à domicile ? Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent :
- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> ₁ Mari, femme ou conjoint de fait | <input type="radio"/> ₆ Un ami |
| <input type="radio"/> ₂ Mère ou père | <input type="radio"/> ₇ Un bénévole |
| <input type="radio"/> ₃ Fils ou fille | <input type="radio"/> ₆₆ Autre (veuillez préciser : _____) |
| <input type="radio"/> ₄ Petit-fils ou petite-fille | <input type="radio"/> ₀ Ne s'applique pas |
| <input type="radio"/> ₅ Un autre membre de la famille | <input type="radio"/> ₈ Je ne sais pas |
30. Si vous avez répondu OUI à la question 28 : Au cours des 2 derniers mois, combien de fois avez-vous eu de l'aide avec vos soins à domicile d'un ami, d'un membre de la famille ou d'un bénévole ? Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent :
- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> ₁ À tous les jours | <input type="radio"/> ₅ Une fois par mois |
| <input type="radio"/> ₂ Quelques fois par semaine | <input type="radio"/> ₆ Seulement une fois dans les 2 derniers mois |
| <input type="radio"/> ₃ Une fois par semaine | <input type="radio"/> ₆₆ Autre (veuillez préciser : _____) |
| <input type="radio"/> ₄ 2 ou 3 fois par mois | <input type="radio"/> ₀ Ne s'applique pas |
| <input type="radio"/> ₈ Je ne sais pas | |

31. Si vous avez répondu OUI à la question 28 : Au cours des 2 derniers mois, avez-vous reçu un ou plusieurs des services suivants d'un ami, d'un membre de la famille ou d'un bénévole ? Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent :

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> ₁ Vous laver (bain/douche) | <input type="radio"/> ₆ Les transferts (d'une place à l'autre à l'intérieur du domicile) |
| <input type="radio"/> ₂ Faire votre toilette ou pour vous habiller | <input type="radio"/> ₇ Faire des courses, comme le magasinage, des opérations bancaires, ou un rendez-vous avec le médecin |
| <input type="radio"/> ₃ La préparation des repas | <input type="radio"/> ₆₆ Autre (veuillez préciser : _____) |
| <input type="radio"/> ₄ Le ménage (nettoyage, lessive) | <input type="radio"/> ₀ Ne s'applique pas |
| <input type="radio"/> ₅ Les soins nutritifs ou pour manger | <input type="radio"/> ₈ Je ne sais pas |

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

32. En général, diriez-vous que votre santé est ...

- ₁ Mauvaise ₂ Passable ₃ Bonne ₄ Très bonne ₅ Excellente

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

- ₁ Mauvaise ₂ Passable ₃ Bonne ₄ Très bonne ₅ Excellente

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

- ₁ Effet négatif majeur ₂ Effet négatif mineur ₃ Aucun effet ₄ Effet positif mineur ₅ Effet positif majeur

35. 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"/> ₀₁ Arthrite | <input type="radio"/> ₀₉ Accident vasculaire cérébral (AVC) |
| <input type="radio"/> ₀₂ Asthme | <input type="radio"/> ₁₀ Haute pression ou hypertension |
| <input type="radio"/> ₀₃ Emphysème ou MPOC (maladie pulmonaire obstructive chronique) | <input type="radio"/> 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"/> ₀₄ Douleur chronique | <input type="radio"/> ₁₂ Reflux gastrique (ou RGO) |
| <input type="radio"/> ₀₅ Cancer | <input type="radio"/> ₁₃ La maladie d'Alzheimer ou autres troubles neurocognitifs |
| <input type="radio"/> ₀₆ Diabète | <input type="radio"/> ₁₄ Anxiété |
| <input type="radio"/> ₀₇ Dépression | <input type="radio"/> ₁₅ Taux élevé de cholestérol |
| <input type="radio"/> ₀₈ Maladie cardiaque | <input type="radio"/> ₆₆ Autre (veuillez préciser : _____) |

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

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

37. 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 ?

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

38. Vivez-vous seul(e) ?

- ₁ Oui ₂ Non ₉ Préfère ne pas répondre

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

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

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

- O₁ Oui O₂ Non → Allez à la question 41 O₉ Préfère ne pas répondre → Allez à la question 41

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

41. 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 personne d'ascendance 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

42. a) Êtes-vous né(e) au Canada ?

- O₁ Oui → Allez à la question 43 O₂ Non O₉ Préfère ne pas répondre → Allez à la question 43

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

43. 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

44. Souhaitez-vous ajouter autre chose concernant vos services de 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