



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

### 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!

Dans le cadre de ce sondage, les services de soins à domicile sont divisés en 2 sections.

La première section comprend les services de soins à domicile 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 services de 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.

Si vous n'avez jamais reçu ces services de soins à domicile, 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.

Je n'ai jamais reçu ces services de soins à domicile

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

- Au sujet de vos services de soins à domicile  
 Au nom du patient, et nous allons remplir le sondage ensemble  
 Je vais répondre à toutes les questions au nom du patient

### SECTION 1: SERVICES DE 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, un travailleur social, un physiothérapeute, un ergothérapeute, un orthophoniste, un thérapeute respiratoire, un diététiste, ou un assistant à la réadaptation.

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

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

### 3. 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"/> Infirmière                                 | <input type="radio"/> Travailleur social                |
| <input type="radio"/> Physiothérapeute                           | <input type="radio"/> Diététiste                        |
| <input type="radio"/> Ergothérapeute                             | <input type="radio"/> Assistant à la réadaptation       |
| <input type="radio"/> Orthophoniste                              | <input type="radio"/> Autre (veuillez préciser : _____) |
| <input type="radio"/> Thérapeute respiratoire (inhalothérapeute) | <input type="radio"/> Ne s'applique pas                 |

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

- Oui       Non       Ne s'applique pas       Je ne sais pas

## LANGUE DE SERVICE

5. 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
6. 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
7. 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 ?  
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
8. a) Préférez-vous recevoir des services du Programme extra-mural dans une langue autre que le français ou l'anglais ?  
O<sub>1</sub> Oui, Wolastoqey                      O<sub>2</sub> Yes, Mi'kmaq                      O<sub>66</sub> Oui, autre (veuillez préciser : \_\_\_\_\_)  
O<sub>0</sub> Non → Allez à la question 9
- 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 ?  
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

## LORSQUE VOUS AVEZ COMMENCÉ À RECEVOIR DES SERVICES

9. 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 ?  
O<sub>1</sub> Oui                      O<sub>2</sub> Non → Allez à la question 11                      O<sub>8</sub> Je ne sais pas → Allez à la question 11
10. 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 ?  
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
11. 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 ?  
O<sub>1</sub> Oui                      O<sub>2</sub> Non                      O<sub>8</sub> Je ne sais pas  
O<sub>0</sub> Ne s'applique pas / Je n'ai pas de médecin de famille ni d'infirmière praticienne
12. 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 ?  
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
13. 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 ?  
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
14. 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 ?  
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



**21. 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 : \_\_\_\_\_)

**22. 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 24
- O<sub>8</sub> Je ne sais pas → Allez à la question 24

**23. 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 ?**

- 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

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

**25. Au cours des 2 derniers mois, combien de fois, en moyenne, avez-vous reçu des services du Programme extra-mural ?**

- 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> 2 ou 3 fois par mois
- O<sub>5</sub> Une fois par mois
- O<sub>6</sub> Seulement une fois dans les 2 derniers mois
- O<sub>0</sub> Ne s'applique pas
- O<sub>8</sub> Je ne sais pas

**26. 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 ?**

- O<sub>1</sub> Très insatisfait
- O<sub>2</sub> Insatisfait
- O<sub>3</sub> Ni insatisfait ni satisfait
- O<sub>4</sub> Satisfait
- O<sub>5</sub> Très satisfait
- O<sub>0</sub> Ne s'applique pas
- O<sub>8</sub> Je ne sais pas

**27. 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 ?**

- 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

**28. 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**

- 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) Se tenir à 2 mètres (6 pieds) de distance des autres personnes lorsque cela s'avérait 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

**c) Se laver les mains avant de dispenser des soins de personne à personne**

- 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 / Le personnel portait des gants
- O<sub>8</sub> Je ne sais pas

- 29. 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 28 : \_\_\_\_\_)  
<sub>0</sub> Ne s'applique pas                      <sub>8</sub> Je ne sais pas
- 30. 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
- 31. 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
- 32. 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

- 33. 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
- 34. 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
- 35. 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 ? \_\_\_\_\_



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

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

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

**47. 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 ?**

- <sub>1</sub> Très difficile                      <sub>2</sub> Difficile                      <sub>3</sub> Facile                      <sub>4</sub> Très facile  
<sub>0</sub> Ne s'applique pas                      <sub>8</sub> Je ne sais pas

#### LANGUE DE SERVICE

**48. 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

**49. Quand vous avez commencé à recevoir des services de soutien à domicile, est-ce que quelqu'un vous a offert ces services dans la langue (français ou anglais) de votre choix ?**

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

**50. Au cours des 2 derniers mois, combien de fois avez-vous reçu les services de soutien à domicile 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

**51. a) Préférez-vous recevoir des services de soutien à domicile 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 52

**b) Si vous avez répondu OUI à la question précédente : Au cours des 2 derniers mois, combien de fois avez-vous reçu les services de soutien à domicile 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

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

Cette section comprend les services de soutien à domicile reçus au cours des 2 derniers mois. Si vous ne recevez plus de services depuis plus de 2 mois, allez à la question 64a.

**52. Avez-vous reçu des services de soins à domicile de plus d'un aide de maintien à domicile au cours des 2 derniers mois ?**

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

**53. Au cours des 2 derniers mois, combien de fois les aides de maintien à domicile semblaient-ils avoir des connaissances à jour sur tous les soins que vous receviez à la maison ?**

- <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

54. Au cours des 2 derniers mois, combien de fois les aides de maintien à domicile 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>0</sub> Ne s'applique pas      <sub>8</sub> Je ne sais 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>0</sub> Ne s'applique pas      <sub>8</sub> Je ne sais pas

c) Écoute attentivement ce que vous aviez à dire ?

- <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

d) Traité avec courtoisie et respect ?

- <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

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

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

56. Au cours des 2 derniers mois, combien de fois avez-vous reçu des services de soutien à domicile, en moyenne ?

- <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

57. 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 ?

- <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

58. 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 ?

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

59. 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

- <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 / L'aide de maintien à domicile portait des gants      <sub>8</sub> Je ne sais pas



**60. 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 ?**

- <sub>1</sub> Oui, certainement    <sub>2</sub> Oui, un peu  
<sub>3</sub> Non (Veuillez préciser si non reliée à la question 59 : \_\_\_\_\_)  
<sub>0</sub> Ne s'applique pas    <sub>8</sub> Je ne sais pas

**61. 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 ?**

- <sub>1</sub> Jamais    <sub>2</sub> Rarement    <sub>3</sub> Parfois    <sub>4</sub> La plupart du temps    <sub>5</sub> Toujours  
<sub>0</sub> Ne s'applique pas    <sub>8</sub> Je ne sais pas

**62. 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 ?**

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

**63. 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 ?**

- <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

**64. 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?**

- <sub>1</sub> Oui, veuillez préciser : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
<sub>2</sub> Non    <sub>0</sub> Ne s'applique pas    <sub>8</sub> Je ne sais pas

**65. 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. »**

- <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

**66. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu un problème au niveau de la langue avec les aides de maintien à domicile ?**

- <sub>1</sub> Oui    <sub>2</sub> Non    <sub>0</sub> Ne s'applique pas    <sub>8</sub> Je ne sais pas  
veuillez préciser : \_\_\_\_\_

**67. 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 ?**

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

**68. 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 ?**

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

69. 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 ?

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

70. 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 ?

---

---

---

---

---

---

---

---

### SECTION 3 : 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.

71. 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 ?

O<sub>1</sub> Oui

O<sub>2</sub> Non → Allez à la question 75

O<sub>8</sub>

Je ne sais pas → Allez à la question 75

72. 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 :

O<sub>1</sub> Mari, femme ou conjoint de fait

O<sub>6</sub> Un ami

O<sub>2</sub> Mère ou père

O<sub>7</sub> Un bénévole

O<sub>3</sub> Fils ou fille

O<sub>66</sub> Autre (veuillez préciser : \_\_\_\_\_)

O<sub>4</sub> Petit-fils ou petite-fille

O<sub>0</sub> Ne s'applique pas

O<sub>5</sub> Un autre membre de la famille

O<sub>8</sub> Je ne sais pas

73. Si vous avez répondu OUI à la question 71 : 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 :

O<sub>1</sub> À tous les jours

O<sub>5</sub> Une fois par mois

O<sub>2</sub> Quelques fois par semaine

O<sub>6</sub> Seulement une fois dans les 2 derniers mois

O<sub>3</sub> Une fois par semaine

O<sub>66</sub> Autre (veuillez préciser : \_\_\_\_\_)

O<sub>4</sub> 2 ou 3 fois par mois

O<sub>0</sub> Ne s'applique pas

O<sub>8</sub> Je ne sais pas

74. Si vous avez répondu OUI à la question 71 : 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 :

O<sub>1</sub> Vous laver (bain/douche)

O<sub>6</sub> Les transferts (d'une place à l'autre à l'intérieur du domicile)

O<sub>2</sub> Faire votre toilette ou pour vous habiller

O<sub>7</sub> Faire des courses, comme le magasinage, des opérations bancaires, ou un rendez-vous avec le médecin

O<sub>3</sub> La préparation des repas

O<sub>66</sub> Autre (veuillez préciser : \_\_\_\_\_)

O<sub>4</sub> Le ménage (nettoyage, lessive)

O<sub>0</sub> Ne s'applique pas

O<sub>5</sub> Les soins nutritifs ou pour manger

O<sub>8</sub> Je ne sais pas

**SECTION 4 : À PROPOS DE VOUS (PATIENT OU PATIENTE AYANT REÇU CE QUESTIONNAIRE)**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**80. 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 ?**

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

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

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

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

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

**83. 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 84       O<sub>9</sub> Préfère ne pas répondre → Allez à la question 84

**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

**84. 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 personne d'ascendance 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

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

- O<sub>1</sub> Oui → Allez à la question 86       O<sub>2</sub> Non       O<sub>9</sub> Préfère ne pas répondre → Allez à la question 86

**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

**86. 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

**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**