New Brunswick Health Council | Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick

Engage. Evaluate. Inform. Recommend.
Engager. Évaluer. Informer. Recommander.

SONDAGE SUR LES SOINS À DOMICILE AU NOUVEAU-BRUNSWICK

***INSTRUCTIONS**:*

*Veuillez **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.*

Dans le cadre de ce sondage, certains termes employés pour désigner des personnes sont pris au sens générique et ont à la fois la valeur d'un féminin et d'un masculin. Ceci n'a d'autres fins que d'alléger le texte et n'a aucune intention discriminatoire. 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, infirmière auxiliaire autorisée, infirmière praticienne, un travailleur social, physiothérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, thérapeute respiratoire, diététiste, aide-soignant ou 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.

○₁ Je n'ai jamais reçu ces services de soins à domicile

1. Veuillez indiquer si vous remplissez ce sondage …

○₁ Au sujet de vos services de soins à domicile
○₂ Au nom du patient, et nous allons remplir le sondage ensemble
○₃ Je vais répondre à toutes les questions au nom du patient

SECTION 1 : SERVICES DE SOINS À DOMICILE REÇUS DU PROGRAMME EXTRA-MURAL

Dans le cadre de ce sondage, les services de soins à domicile du Programme extra-mural incluent les services offerts par une infirmière, infirmière auxiliaire autorisée, infirmière praticienne, un travailleur social, physiothérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, thérapeute respiratoire, diététiste, aide-soignant ou assistant à la réadaptation.

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

○₁ Je n'ai encore reçu aucun service du Programme extra-mural, mais j'en recevrai → **Allez à la question 43**
○₂ Je ne reçois plus de services du Programme extra-mural depuis plus de 2 mois→ **Allez à la question 4**
○₃ J'ai arrêté de recevoir des services du Programme extra-mural dans les 2 derniers mois
○₄ Je reçois actuellement des services du Programme extra-mural

3. Avez-vous reçu des soins à domicile de ces professionnels de la santé au cours des 2 derniers mois ? Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent :

○₁ Infirmière	○₆ Travailleur social
○₂ Physiothérapeute	○₇ Diététiste
○₃ Ergothérapeute	○₈ Assistant à la réadaptation
○₄ Orthophoniste	○₆₆ Autre (veuillez préciser : _____)
○₅ Thérapeute respiratoire (inhalothérapeute)	○₀ Ne s'applique pas

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

○₁ Oui ○₂ Non ○₀ Ne s'applique pas ○₈ Je ne sais pas

LANGUE DE SERVICE

5. En vertu de la Loi sur les langues officielles, vous avez le droit de recevoir des services en français ou en anglais. De ces deux langues, quelle est votre préférence lorsque vous recevez des services de santé ?

O₂ Français O₁ Anglais O₃ 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 ?

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

Veuillez ajouter quelques détails si vous avez sélectionné « Non ».

_____

_____

_____

7. Lors de votre (vos) interaction(s) avec les services de soins à domicile du Programme Extra-Mural, à quelle fréquence avez-vous reçu les services dans la langue que vous préfériez ?

O₁ Jamais O₂ Parfois O₃ Habituellement O₄ Toujours
O₀ Ne s'applique pas O₈ Je ne sais pas

8. Au cours des 2 derniers mois, avez-vous eu un problème au niveau de la langue avec les professionnels du programme extra-mural ?

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

9. Avez-vous quelque chose à ajouter concernant la langue avec laquelle vous avez reçu des services ?

_____

_____

_____

LORSQUE VOUS AVEZ COMMENCÉ À RECEVOIR DES SERVICES

10. Est-ce que les services que vous avez reçus de ce programme ont été offerts suite à un séjour à l'hôpital ou dans un centre de réadaptation ?

O₁ Oui O₂ Non → **Allez à la question 12** O₈ Je ne sais pas → **Allez à la question 12**

11. Est-ce que le personnel de l'hôpital ou du centre de réadaptation vous a expliqué le genre de services que vous alliez recevoir du Programme extra-mural ?

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

12. Est-ce que votre médecin de famille habituel ou votre infirmière praticienne semble être au courant et à jour sur vos soins à domicile ?

O₁ Oui O₂ Non O₀ Ne s'applique pas / Je n'ai pas de médecin de famille ni d'infirmière praticienne
O₈ 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 expliqué comment adapter votre maison pour vous déplacer de façon sécuritaire ?

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

O₁ Oui O₂ Non O₀ Ne s'applique pas O₈ 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 à voir tous les médicaments sur ordonnance (prescription) et en vente libre (sans prescription) que vous preniez ?

O_1 Oui O_2 Non O_0 Ne s'applique pas O_8 Je ne sais pas

16. Veuillez 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.»

O_1 Fortement en désaccord O_2 En désaccord O_3 Neutre O_4 D'accord O_5 Fortement d'accord
O_0 Ne s'applique pas O_8 Je ne sais pas

SERVICES 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 Question 33.

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

O_1 Oui O_2 Non O_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 ?

O_1 Jamais O_2 Parfois O_3 Habituellement O_4 Toujours
O_0 Ne s'applique pas O_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 ?

O_1 Jamais O_2 Parfois O_3 Habituellement O_4 Toujours
O_0 Ne s'applique pas O_8 Je ne sais pas

20. Au cours des 2 derniers mois, combien de fois les professionnels du Programme extra-mural vous ont-ils informé du moment qu'ils arriveraient à votre domicile ?

O_1 Jamais O_2 Parfois O_3 Habituellement O_4 Toujours
O_0 Ne s'applique pas O_8 Je ne sais pas

21. 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_1 Jamais O_2 Parfois O_3 Habituellement O_4 Toujours
O_0 Ne s'applique pas O_8 Je ne sais pas

b) Donné des explications qui étaient faciles à comprendre ?

O_1 Jamais O_2 Parfois O_3 Habituellement O_4 Toujours
O_0 Ne s'applique pas O_8 Je ne sais pas

c) Écouté attentivement ce que vous aviez à dire ?

O_1 Jamais O_2 Parfois O_3 Habituellement O_4 Toujours
O_0 Ne s'applique pas O_8 Je ne sais pas

d) Traité avec courtoisie et respect ?

O_1 Jamais O_2 Parfois O_3 Habituellement O_4 Toujours
O_0 Ne s'applique pas O_8 Je ne sais pas

22. 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
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

23. 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 : _____)

24. 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 26** ○₈ Je ne sais pas → **Allez à la question 26**

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

○₁ Oui ○₂ Non ○₀ Ne s'applique pas ○₈ Je ne sais pas

26. 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
- ○₂ De 30 minutes à moins d'une heure
- ○₃ D'une heure à moins de 2 heures
- ○₄ 2 heures ou plus
- ○₀ Ne s'applique pas
- ○₈ Je ne sais pas

27. 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
- ○₂ Quelques fois par semaine
- ○₃ Une fois par semaine
- ○₄ 2 ou 3 fois par mois
- ○₅ Une fois par mois
- ○₆ Seulement une fois dans les 2 derniers mois
- ○₀ Ne s'applique pas
- ○₈ Je ne sais pas

28. 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 satisfait ni insatisfait ○₄ Satisfait ○₅ Très satisfait
○₀ Ne s'applique pas ○₈ Je ne sais pas

29. Au cours des deux derniers mois, combien de fois les professionnels du Programme extra-mural se sont-ils lavé les mains ou ont utilisé un désinfectant pour les mains avant de dispenser des soins de personne à personne ?

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

30. 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

31. En pensant aux soins à domicile que vous avez reçus de ce programme au cours des 2 derniers mois, ces services vous ont-ils aidé à rester à la maison ?

○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, 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

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.

○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 encouragé à faire des choses par moi-même si je le pouvais.

○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 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

d) 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

e) 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

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 ou d'une faute commise suite à des services du programme extra-mural ?

○₁ Oui, veuillez préciser : _____

_____

_____

_____

○₂ Non ○₀ Ne s'applique pas ○₈ 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 ?

○₁ Oui ○₂ Non ○₀ Ne s'applique pas ○₈ Je ne sais pas
Combien de fois ? _____

36. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous dû vous rendre dans une salle d'urgence de l'hôpital durant la période où vous receviez des services du programme extra-mural ?

○₁ Oui ○₂ Non ○₀ Ne s'applique pas ○₈ Je ne sais pas
Combien de fois ? _____

37. Au cours des 12 derniers mois, est-il arrivé que les professionnels du programme extra-mural 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

38. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu besoin de services du programme extra-mural mais qu'il y avait soit des limites ou des réductions dans le genre de services offerts ?

○₁ Oui ○₂ Non ○₀ Ne s'applique pas ○₈ Je ne sais pas

39. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu besoin de services du programme extra-mural mais qu'il y avait soit des limites ou des réductions dans la durée du service ou le nombre d'heures offertes ?

○₁ Oui ○₂ Non ○₀ Ne s'applique pas ○₈ Je ne sais pas

40. Savez-vous qui contacter si vous voulez déposer une plainte concernant vos soins à domicile ?

○₁ Oui ○₂ Non ○₈ Je ne sais pas

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

○₁ Certainement pas ○₂ Probablement pas ○₃ Probablement ○₄ Certainement
○₈ Je ne sais pas

42. 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 ?

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

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

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.

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

- ○1 Je n'ai encore reçu aucun service de soutien à domicile, mais j'en recevrai → **Allez à la question 68**
- ○2 Je ne reçois plus de services de soutien à domicile depuis plus de 2 mois → **Allez à la question 45**
- ○3 J'ai arrêté de recevoir des services de soutien à domicile dans les 2 derniers mois
- ○4 Je reçois actuellement des services de soutien à domicile

44. 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 :

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

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

○1 Oui ○2 Non ○0 Ne s'applique pas ○8 Je ne sais pas

46. 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 ?

○1 Très difficile ○2 Difficile ○3 Facile ○4 Très facile
○0 Ne s'applique pas ○8 Je ne sais pas

LANGUE DE SERVICE

47. En vertu de la Loi sur les langues officielles, vous avez le droit de recevoir des services en français ou en anglais. De ces deux langues, quelle est votre préférence lorsque vous recevez des services de santé ?

○2 Français ○1 Anglais ○3 Aucune préférence

48. 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 ?

○1 Oui ○2 Non ○0 Ne s'applique pas ○8 Je ne sais pas

49. Lors de votre (vos) interaction(s) avec les services de soutien à domicile, à quelle fréquence avez-vous reçu les services dans la langue que vous préfériez ?

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

50. Au cours des 2 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

51. Avez-vous quelque chose à ajouter concernant la langue avec laquelle vous avez reçu des services ?

_____

_____

_____

SERVICES REÇUS AU COURS DES 2 DERNIERS MOIS

Si vous ne recevez plus de services depuis plus de 2 mois, allez à la question 62.

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 ?

O1 Oui O2 Non O8 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 ?

O1 Jamais O2 Parfois O3 Habituellement O4 Toujours
O0 Ne s'applique pas O8 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 ?

O1 Jamais O2 Parfois O3 Habituellement O4 Toujours
O0 Ne s'applique pas O8 Je ne sais pas

b) Donné des explications qui étaient faciles à comprendre ?

O1 Jamais O2 Parfois O3 Habituellement O4 Toujours
O0 Ne s'applique pas O8 Je ne sais pas

c) Écouté attentivement ce que vous aviez à dire ?

O1 Jamais O2 Parfois O3 Habituellement O4 Toujours
O0 Ne s'applique pas O8 Je ne sais pas

d) Traité avec courtoisie et respect ?

O1 Jamais O2 Parfois O3 Habituellement O4 Toujours
O0 Ne s'applique pas O8 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 au cours des 2 derniers mois ?

Pires soins à domicile possible										Meilleurs soins à domicile possible
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O

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

O1 À tous les jours
O2 Quelques fois par semaine
O3 Une fois par semaine
O4 2 ou 3 fois par mois
O5 Une fois par mois
O6 Seulement une fois dans les 2 derniers mois
O0 Ne s'applique pas
O8 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 ?

O1 Très insatisfait O2 Insatisfait O3 Ni satisfait ni insatisfait O4 Satisfait O5 Très satisfait
O0 Ne s'applique pas O8 Je ne sais pas

58. 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

59. Au cours des 2 derniers mois, combien de fois les aides de maintien à domicile vous ont-ils informé du moment qu'ils arriveraient à votre domicile ?

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

60. En pensant aux soins à domicile que vous avez reçus au cours des 2 derniers mois, ces services vous ont-ils aidé à rester à la maison ?

○1 Oui ○2 Non ○0 Ne s'applique pas ○8 Je ne sais pas

61. 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

62. 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

63. 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

64. 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

65. 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

66. 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

67. 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.

68. 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 72** ○8 Je ne sais pas → **Allez à la question 72**

69. Au cours des 2 derniers mois, qui vous a le plus aidé en vous donnant des soins à domicile ? Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent :

- ○1 Mari, femme ou conjoint de fait
- ○2 Mère ou père
- ○3 Fils ou fille
- ○4 Petit-fils ou petite-fille
- ○5 Un autre membre de la famille
- ○6 Un ami
- ○7 Un bénévole
- ○66 Autre (veuillez préciser : _____)
- ○0 Ne s'applique pas

70. Au cours des 2 derniers mois, combien de fois avez-vous reçu de l'aide avec les soins à domicile d'un ami, d'un membre de la famille ou d'un bénévole ? Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent :

- ○1 À tous les jours
- ○2 Quelques fois par semaine
- ○3 Une fois par semaine
- ○4 2 ou 3 fois par mois
- ○5 Une fois par mois
- ○6 Seulement une fois dans les derniers 2 mois
- ○66 Autre (veuillez préciser : _____)
- ○0 Ne s'applique pas

71. Veuillez indiquer si vous avez reçu un ou plusieurs des services suivants d'un ami, d'un membre de la famille ou d'un bénévole au cours des 2 derniers mois ? Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent :

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

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

72. En général, diriez-vous que votre santé est …

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

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

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

74. 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 :

○01 Arthrite	○09 Accident vasculaire cérébral (AVC)
○02 Asthme	○10 Haute pression ou hypertension
○03 Emphysème ou MPOC (maladie pulmonaire obstructive Chronique)	○11 Trouble de l'humeur autre que la dépression, tel que le trouble bipolaire, la manie, la psychose maniacodépressive ou la dysthymie
○04 Douleur chronique	○12 Reflux gastrique (ou RGO)
○05 Cancer	○13 La maladie d'Alzheimer ou autres troubles neurocognitifs
○06 Diabète	○14 Anxiété
○07 Dépression	○15 Taux élevé de cholestérol
○08 Maladie cardiaque	○66 Autre (veuillez préciser : _____)

75. À quel point êtes-vous confiant par rapport au contrôle et à la gestion de 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

76. Vivez-vous seul ?

○1 Oui ○2 Non ○9 Préfère ne pas répondre

77. Lequel des énoncés suivants vous décrit le mieux ?

○1 Homme ○2 Femme ○3 Deux-Esprits (ou Bispirituel·le)
○6 D'une autre manière (préciser) : _____ ○9 Préfère ne pas répondre

78. Dans quelle langue êtes-vous le plus à l'aise de parler lorsque vous accédez à des services de soins de santé ?

○1 Anglais ○2 Français ○3 Le français et l'anglais de façon égale
○4 Mi'kmawi'simk/Mi'kmaq ou Wolastoqey/Malécite ○5 Une autre langue
○9 Préfère ne pas répondre

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

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

80. Les personnes d'origines diverses peuvent avoir des expériences différentes lorsqu'elles accèdent aux services ou aux programmes de santé. Les questions suivantes peuvent nous aider à comprendre comment cela peut influencer la façon dont vous êtes traité par les personnes et les institutions, et si cela peut affecter votre santé.

Vous identifiez-vous à l'un des groupes suivants ? Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent :

- ○1 Autochtone (Premières Nations, Mi'kmaw, Wəlastəkewiyik, Malécite, Peskotomuhkati, Inuits, ou Métis)
- ○2 Personnes ayant une incapacité ou des besoins spéciaux
- ○3 2ELGBTQIA+ (Deux Esprits, Lesbiennes, Gaies, Bisexuelles, Transgenres, Queer et/ou en Questionnement, Intersexuées, Asexuelles et « plus » reflètent les innombrables façons positives dont les personnes choisissent de s'identifier)
- ○4 Immigrant·e·s, nouveaux·elles arrivant·e·s et réfugié·e·s (personnes non nées au Canada)
- ○5 Noir·e (par exemple, ascendance africaine, afro-canadienne, afro-caribéenne)
- ○6 Sud-Asiatique (par exemple, d'ascendance indienne de l'Est, pakistanaise, sri-lankaise)
- ○7 Philippin·e
- ○8 Arabe
- ○9 Chinois·e
- ○10 Latino-américain·e (par exemple, ascendance hispanique ou latino-américaine)
- ○11 Asiatique du Sud-Est (par exemple, ascendance vietnamienne, cambodgienne, laotienne, ou thaïlandaise)
- ○12 Coréen·ne
- ○13 Asiatique de l'Est (par exemple, ascendance iranienne, afghane ou turque)
- ○14 Japonais·e
- ○15 Blanc·he/Caucasien·ne
- ○88 Ne sais pas
- ○99 Préfère ne pas répondre

81. Nous ne vous demanderons pas de nous communiquer votre salaire ou votre revenu; cependant, pour aider à améliorer la planification des services de santé qui répondent aux besoins des citoyens, pourriez-vous nous dire dans laquelle des trois catégories suivantes se situait le revenu total de votre ménage avant impôts cette année ?

○1 Moins de 30 000 $ ○2 30 000 $ à moins de 60 000 $ ○3 60 000 $ ou plus
○8 Ne sais pas ○9 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