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!

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

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.

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

2. 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 27**
- ○2 Je ne reçois plus de services de soutien à domicile depuis plus de 2 mois → **Allez à la question 4**
- ○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

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 :

○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

4. 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

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 ?

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

LANGUE DE SERVICE

6. 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 ?

O$_2$ Français O$_1$ Anglais O$_3$ Aucune préférence

7. 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 ?

O$_1$ Oui O$_2$ Non O$_0$ Ne s'applique pas O$_8$ Je ne sais pas

8. 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 ?

O$_1$ Jamais O$_2$ Parfois O$_3$ Habituellement O$_4$ Toujours
O$_0$ Ne s'applique pas O$_8$ Je ne sais pas

9. Au cours des 2 derniers mois, avez-vous eu un problème au niveau de la langue avec les aides de maintien à domicile ?

O$_1$ Oui O$_2$ Non O$_0$ Ne s'applique pas O$_8$ Je ne sais pas

10. 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 21.

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

O$_1$ Oui O$_2$ Non O$_8$ Je ne sais pas

12. 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 ?

O$_1$ Jamais O$_2$ Parfois O$_3$ Habituellement O$_4$ Toujours
O$_0$ Ne s'applique pas O$_8$ Je ne sais pas

13. Au cours des 2 derniers mois, combien de fois les aides de maintien à domicile 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

14. 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
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

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

- ○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

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

17. 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

18. 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

19. 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

20. 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

21. 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

22. 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

23. 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

24. 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

25. 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

26. 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 ?

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

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.

27. 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 31** ○8 Je ne sais pas → **Allez à la question 31**

28. 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

29. 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

30. 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

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

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

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

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

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

33. 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
- ○02 Asthme
- ○03 Emphysème ou MPOC (maladie pulmonaire obstructive Chronique)
- ○04 Douleur chronique
- ○05 Cancer
- ○06 Diabète
- ○07 Dépression
- ○08 Maladie cardiaque
- ○09 Accident vasculaire cérébral (AVC)
- ○10 Haute pression ou hypertension
- ○11 Trouble de l'humeur autre que la dépression, tel que le trouble bipolaire, la manie, la psychose maniacodépressive ou la dysthymie
- ○12 Reflux gastrique (ou RGO)
- ○13 La maladie d'Alzheimer ou autres troubles neurocognitifs
- ○14 Anxiété
- ○15 Taux élevé de cholestérol
- ○66 Autre (veuillez préciser : _____)

34. 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

35. Vivez-vous seul ?

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

36. 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

37. 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

38. 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

39. 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

40. 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