



Conseil de la santé
du Nouveau-Brunswick

Engager. Évaluer. Informer. Recommander.

RÉPONDANT : QUELQU'UN QUI RÉPOND POUR LE CLIENT

CLIENT : CLIENT DE SOINS À DOMICILE, ÂGÉ DE 16 ANS OU PLUS

INTRODUCTION

Bonjour, je m'appelle _____ de _____ et je vous téléphone de la part du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick. J'appelle de la firme MQO recherche, concernant le sondage sur les soins à domicile, pour savoir ce que les gens du Nouveau-Brunswick pensent des soins à domicile qu'ils reçoivent.

A NOTER : Si un enfant répond, demander de parler avec un parent ou un adulte.

11. **[16 ANS OU PLUS : Est-ce que je pourrais parler avec [NOM DU CLIENT] 15 OR YOUNGER: Est-ce que je pourrais parler avec le parent ou le tuteur de [NOM DU CLIENT] s'il vous plait?]**
 - 1 **CLIENT** VIENT AU TÉLÉPHONE **CONTINUER A LA 12**
 - 2 **CLIENT** N'EST PAS DISPONIBLE
ASK: Sauriez-vous quand il serait un bon moment de rappeler pour **[NOM DU CLIENT]?**
Merci. Je vais essayer plus tard **PASSER AU PROGRAMMATEUR**
 - 3 **QUELQU'UN AUTRE QUE LE CLIENT** VOUS AVISE QUE LE CLIENT EST DANS L'INCAPACITÉ DE RÉPONDRE AU TÉLÉPHONE EN RAISON DE SA SANTÉ **PASSER À LA 14**
 - 4 **CLIENT** VOUS AVISE QU'IL OU ELLE EST DANS L'INCAPACITÉ DE PARLER AU TÉLÉPHONE EN RAISON DE SA SANTÉ **PASSER À LA 14**
 - 5 **PARENT/TUTEUR** VIENT AU TÉLÉPHONE **PASSER À LA 12 SI L'ENFANT A 17 ANS OU MOINS, PASSER À LA 13 SI L'ENFANT EST AGÉ DE 18 ANS OU PLUS**
 - 6 **PARENT/TUTEUR** N'EST PAS DISPONIBLE. **DEMANDER :** Sauriez-vous quand il ou elle sera de retour?
PASSER AU PROGRAMMATEUR ET DEMANDER : À qui devrais-je m'adresser lorsque je rappellerai?]
 - 7 AUTRE [Pas de réponse, refus, ligne occupée, numéro n'est pas valide] **PASSER AU PROGRAMMATEUR**
 - 8 FOYER DE SOINS/FOYER DE SOINS SPÉCIAUX/ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ **TERMINER**

SI NÉCESSAIRE : SI LE CLIENT EST AGÉ DE 16 ANS OU PLUS MAIS QUE LE PARENT INSISTE A COMPLÉTER LE QUESTIONNAIRE POUR LUI OU ELLE, PEU IMPORTE LA RAISON, INSÉRER UN '5'.

SI NÉCESSAIRE : SI LE PARENT VOUS INFORME DE FACON SPONTANNÉE QUE L'ENFANT DEVRAIT RÉPONDRE PAR LUI MEME, CONTINUER AU SONDRAGE SEULEMENT SI L'ENFANT EST AGÉ D'AU MOINS 13 ANS. DEMANDER POUR L'ENFANT, INSÉRER UN 1 ET CONTINUER.

SI L'ENFANT N'EST PAS ENCORE AGÉ DE 13 ANS, VEUILLEZ EXPLIQUER AU PARENT QUE NOUS NE POUVONS PAS MENER DE SONDRAGE AVEC DES ENFANTS AGÉS DE MOINS DE 13 ANS.

******* RÉFÉREZ-VOUS AUX INFORMATIONS IMPRIMÉES SI QUELQU'UN VOUS DEMANDE POUR DE PLUS AMPLES DÉTAILS AU SUJET DU SONDRAGE, OU AU SUJET DU CSNB*******

PREMIÈRE INTRODUCTION AU CLIENT/INTRODUCTION AU PARENT

NOTE AU PROGRAMMEUR : INSÉRER 'VOUS' SI CE N'EST PAS UN ENFANT, INSÉRER 'NOM DU CLIENT' A PARTIR DE L'ÉCHANTILLON SI LE CLIENT EST AGÉ DE MOINS DE 16 ANS

12. **[VOUS AVEZ/NOM DU CLIENT a]** peut-être reçu une lettre récemment contenant de l'information au sujet du sondage et disant que la firme MQO recherche appellerait de la part du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick.

Le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick est un organisme indépendant qui évalue le système de santé du Nouveau-Brunswick en recueillant l'avis des citoyens, et qui ensuite fait des recommandations à la ministre de la Santé.

Les commentaires que nous recueillons grâce à ce sondage serviront à améliorer les services que les gens du Nouveau-Brunswick reçoivent à la maison. Nous tentons de rejoindre autant de résidents de votre communauté que possible.

J'aimerais vous rassurer que nous ne vendons rien et que nous ne sommes intéressés que dans vos opinions. Le sondage sera d'une durée d'environ **[25 minutes ou plus/20/40 SI SONDRAGE TYPE=1,2,3]** dépendant des services que vous recevez. Vos réponses seront traitées de façon strictement confidentielle. Le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick et MQO recherche adhèrent aux lois concernant la protection de la vie privée et vos commentaires en tant qu'individu ne seront pas partagés. Vos réponses n'auront aucun impact sur les services que **[VOUS/NOM DU CLIENT]** recevez/reçoit au moment actuel.

Nous comprenons que cela représente un investissement de votre temps, mais nous sommes flexibles, et il nous fera plaisir de vous rappeler à un autre moment si **[VOUS]** le préférez/préfère.

Est-ce un bon moment pour vous? **SI VOUS DÉTECTEZ DE L'HÉSITATION** : Est-ce que c'est un bon moment pour vous pour parler ouvertement de vos soins à domicile? **[PASSER AU PROGRAMMEUR SI CE N'EST PAS UN BON MOMENT, DEMANDER QUEL SERAIT UN MEILLEUR MOMENT]**

Notre appel pourrait être écouté pour des fins de contrôle de la qualité.

1 CONTINUER AU SONDRAGE

2 **CLIENT** EST OCCUPÉ, PAS DISPONIBLE

3 **CLIENT** SUGGÈRE QUELQU'UN D'AUTRE DEVRAIT RÉPONDRE POUR LUI/ELLE

CONTINUER À LA A1

ALLER AU PROGRAMMEUR D'APPELS

ALLER À LA I4b

[AU BESOIN : Les soins à domicile incluent des services cliniques offerts par un infirmier ou une infirmière, un travailleur social, un physiothérapeute, un ergothérapeute, un orthophoniste, un inhalothérapeute, un diététiste, le personnel d'appui à la réadaptation, ou un pharmacien. Les soins à domicile incluent également des 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 un répondant doute de la validité de l'étude, de l'appel ou de notre organisation :

MQO recherche effectue des études de recherche au Canada et à l'étranger depuis 30 ans. Nous sommes membres de l'Association de la recherche et de l'intelligence marketing (ARIM), qui est responsable de la réglementation des pratiques de recherches de marketing au Canada. MQO recherche adhère très scrupuleusement au code déontologique de professionnalisme et de protection de la vie privée, tel que mentionné par l'ARIM. Cette étude est enregistrée auprès de l'Association.

Si vous désirez contacter la MRIA afin de vous assurer de la légitimité de cette étude ou obtenir de l'information sur notre compagnie, veuillez téléphoner au 1-800-554-9996, sans frais et mentionner le numéro de référence de l'étude qui est : 0239.

On vous invite aussi à téléphoner le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick au 1-877-225-2521 ou à visiter leur site web pour de plus amples informations au www.csnb.ca.

Si un répondant pose une question au sujet du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick:

Le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick est indépendant du gouvernement et son mandat est de mesurer, de surveiller et d'évaluer le système de soins de santé du Nouveau-Brunswick grâce à l'évaluation du rendement et à l'engagement des citoyens.

Si un répondant questionne la confidentialité des informations qu'il fournit :

MQO et le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick adhèrent aux lois concernant la protection de la vie privée du Nouveau-Brunswick et suivent donc des normes élevées en ce qui concerne la vie privée et la confidentialité. Les données sont toujours présentées de façon globale. L'information ne sera jamais publiée d'une manière où vous pourriez être identifié.

13. **[SI LE PARENT D'UN ENFANT ADULTE (18 ANS OU PLUS) DÉSIRE RÉPONDRE AU NOM DE L'ENFANT, SI LA I1=5 ET CLIENT AGÉ de 18 ANS OU PLUS]** Pour pouvoir continuer avec l'interview, nous avons besoin du consentement de [nom du client], pour nous assurer qu'il/elle est au courant et qu'il/elle donne sa permission pour que vous répondiez à l'interview pour lui/elle puisqu'il/elle a plus de 18 ans. Je lui expliquerai la raison de mon appel et je lui demanderai de répondre simplement par oui s'il/si elle accepte. Est-ce que je peux parler à Monsieur/Madame **[NOM DU CLIENT]**?
- | | | |
|---|---|--------------------------------|
| 1 | CLIENT VIENT AU TÉLÉPHONE | PASSER À LA I7 |
| 2 | CLIENT N'EST PAS DISPONIBLE
DEMANDER : Sauriez-vous quand il serait un bon moment de rappeler pour [NOM DU CLIENT]?
Merci. Je vais essayer plus tard | PASSER AU PROGRAMMATEUR |
| 3 | CLIENT DANS L'INCAPACITÉ DE PARLER AU TÉLÉPHONE EN RAISON DE SANTÉ | REMERCIER ET TERMINER |
| 4 | PARENT A L'AUTORISATION DE RÉPONDRE | REMERCIER ET TERMINER |
| 5 | AUTRE [refus, autre] | PASSER AU PROGRAMMATEUR |
14. **[IF CLIENT NOT ABLE TO TALK ON THE PHONE DUE TO HEALTH REASONS, IF I1=3 OR 4]** Tel que mentionné, nous appelons au sujet du Sondage sur les soins à domicile du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick. Une lettre a récemment été envoyée à **[NOM DU CLIENT]** pour expliquer cette étude et pour l'informer que nous allions téléphoner. Cette étude est importante et nous tentons de rejoindre autant de résidents de votre communauté que possible. Est-ce qu'il y a quelqu'un d'autre que le fournisseur de soins qui visite le domicile qui pourrait répondre au sondage pour **[I1=4: vous/I1=3: NOM DU CLIENT]**, comme quelqu'un de votre famille ou un autre personne soignante? **[AU BESOIN: Serait-ce vous?]**
- | | | |
|---|-----|------------------------------|
| 1 | Oui | CONTINUER |
| 2 | Non | REMERCIER ET TERMINER |
- 14b. **[SI I2=3 OU I4=OUI]** Et qui est cette personne **[AU BESOIN: quel est votre prénom?]**
- [ENTRER LE PRÉNOM _____)** **CONTINUER**
15. **[SI QUELQU'UN RÉPOND POUR UN CLIENT ADULT, SI I4=OUI OU I2=3]** Merci. Est-ce que **[INSÉRER LE NOM DU RÉPONDANT À LA I4b]** est disponible?
- | | | |
|---|--|--|
| 1 | Déjà au téléphone – vient au téléphone | PASSER À LA I8 SI (I2=3 OU I1=4), SI NON PASSER À LA I6 |
| 2 | Pas disponible en ce moment DEMANDER : Quel serait le meilleur moment pour rappeler pour parler avec [INSÉRER LE NOM DU RÉPONDANT] ? | PASSER AU PROGRAMMATEUR |
| 3 | AUTRE [répondant refuse, autre] | PASSER AU PROGRAMMATEUR |
16. **[SI LE RÉPONDANT RÉPOND POUR LE CLIENT]** Pour pouvoir continuer avec l'interview, nous avons besoin du consentement de **[NOM DU CLIENT]**, pour nous assurer qu'il/elle est au courant et qu'il/elle donne sa permission pour que vous répondiez à l'interview pour lui/elle. Je lui expliquerai la raison de mon appel et je lui demanderai de répondre simplement par oui s'il/si elle accepte. Est-ce que je peux parler à Monsieur/Madame **[NOM DU CLIENT]**?
- | | | |
|---|--|--------------------------------|
| 1 | CLIENT VIENT AU TÉLÉPHONE | CONTINUER |
| 2 | CLIENT N'EST PAS DISPONIBLE
DEMANDER : Sauriez-vous quel serait le meilleur moment pour rappeler pour parler avec [NOM DU CLIENT] Merci. J'essayerai plus tard. | PASSER AU PROGRAMMATEUR |
| 3 | CLIENT DANS L'INCAPACITÉ DE PARLER AU TÉLÉPHONE EN RAISON DE SANTÉ | REMERCIER ET TERMINER |
| 4 | AUTRE [refus, autre] | PASSER AU PROGRAMMATEUR |

17. Bonjour Monsieur/Madame **[NOM DU CLIENT]**. Bonjour, je m'appelle _____ de _____ et je vous téléphone de la part du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick. J'appelle au sujet du sondage sur les soins à domicile, pour savoir ce que les gens du Nouveau-Brunswick pensent des soins à domicile qu'ils reçoivent. Vous avez peut-être reçu une lettre récemment contenant de l'information au sujet du sondage. **[NOM DU RÉPONDANT/PARENT I4b]** vient de mentionner que vous seriez peut-être plus confortable s'il/si elle répondait pour vous. Pouvez-vous me dire si vous êtes d'accord avec cela? Si vous ne dites rien, j'indiquerai que c'est non et je ne rappellerai plus. Consentez-vous à ce que **[I1=3: LE NOM DU RÉPONDANT/I1=5 : LE NOM DU PARENT AVEC QUI VOUS VENEZ DE PARLER]** réponde à ces questions concernant vos soins à domicile pour vous?

- | | | |
|---|---|------------------------------|
| 1 | Oui | PASSER À LA 18 |
| 2 | Non, ce devrait être quelqu'un d'autre
[DEMANDER POUR SON PRÉNOM : _____] | PASSER À LA 17b |
| 3 | Non, je veux compléter le sondage moi-même | PASSER À LA 18 |
| 4 | Non | REMERCIER ET TERMINER |

17b. **[SI LE NOM D'UN AUTRE RÉPONDANT VOUS A ÉTÉ DONNÉ, I7=2]** Merci. Est-ce que **[INSÉRER LE NOM DU NOUVEAU RÉPONDANT À PARTIR DE LA 17-2]** est disponible pour venir au téléphone?

- | | | |
|---|--|--------------------------------|
| 1 | Déjà au téléphone ou vient au téléphone | PASSER À LA 18 |
| 2 | N'est pas disponible en ce moment [DEMANDER : Quel serait le meilleur moment pour rappeler pour parler avec [NOM DU RÉPONDANT]? | PASSER AU PROGRAMMATEUR |
| 3 | AUTRE [répondant refuse, autre] | PASSER AU PROGRAMMATEUR |

NOT A QUESTION: IDENTIFY IF THE SURVEY IS A CLIENT SURVEY, RESPONDENT SURVEY, OR PARENT SURVEY

PARENT SURVEY: LOGIC

CLIENT SURVEY: LOGIC

RESPONDENT SURVEY: LOGIC

DEUXIÈME INTRODUCTION**NOTE AU PROGRAMMEUR : INSERT 'VOUS' IF CLIENT SURVEY, INSERT 'CLIENT'S NAME' FROM SAMPLE IF RESPONDENT OR PARENT SURVEY**

18. **[VOUS AVEZ / NOM DU CLIENT a]** peut-être reçu une lettre récemment contenant de l'information au sujet du sondage et disant que la firme MQO recherche appellerait de la part du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick.

Le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick est un organisme indépendant qui évalue le système de santé du Nouveau-Brunswick en recueillant l'avis des citoyens, et qui ensuite fait des recommandations à la ministre de la Santé.

Les commentaires que nous recueillons grâce à ce sondage serviront à améliorer les services que les gens du Nouveau-Brunswick reçoivent à la maison. Nous tentons de rejoindre autant de résidents de votre communauté que possible.

J'aimerais vous rassurer que nous ne vendons rien et que nous ne sommes intéressés que dans vos opinions. Le sondage sera d'une durée d'environ **[25 minutes ou plus/20/40 SI SONDRAGE TYPE=1,2,3]** dépendant des services que vous recevez. Vos réponses seront traitées de façon strictement confidentielle. Le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick et MQO recherche adhèrent aux lois concernant la protection de la vie privée et vos commentaires en tant qu'individu ne seront pas partagés. Vos réponses n'auront aucun impact sur les services que **[VOUS/NOM DU CLIENT]** recevez/reçoit au moment actuel.

Nous comprenons que cela représente un investissement de votre temps, mais nous sommes flexibles, et il nous fera plaisir de vous rappeler à un autre moment si **[VOUS]** le préférez/préfère.

Est-ce un bon moment pour vous? **SI VOUS DÉTECTEZ DE L'HÉSITATION** : Est-ce que c'est un bon moment pour vous pour parler ouvertement de vos soins à domicile? **[PASSER AU PROGRAMMATEUR SI CE N'EST PAS UN BON MOMENT, DEMANDER QUEL SERAIT UN MEILLEUR MOMENT]**

Notre appel pourrait être écouté pour des fins de contrôle de la qualité.

[AU BESOIN : Les soins à domicile incluent des services cliniques offerts par un infirmier ou une infirmière, un travailleur social, un physiothérapeute, un ergothérapeute, un orthophoniste, un inhalothérapeute, un diététiste, le personnel d'appui à la réadaptation, ou un pharmacien. Les soins à domicile incluent également des 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 un répondant doute de la validité de l'étude, de l'appel ou de notre organisation :

MQO recherche effectue des études de recherche au Canada et à l'étranger depuis 30 ans. Nous sommes membres de l'Association de la recherche et de l'intelligence marketing (ARIM), qui est responsable de la réglementation des pratiques de recherches de marketing au Canada. MQO recherche adhère très scrupuleusement au code déontologique de professionnalisme et de protection de la vie privée, tel que mentionné par l'ARIM. Cette étude est enregistrée auprès de l'Association.

Si vous désirez contacter la MRIA afin de vous assurer de la légitimité de cette étude ou obtenir de l'information sur notre compagnie, veuillez téléphoner au 1-800-554-9996, sans frais et mentionner le numéro de référence de l'étude qui est : 0239.

On vous invite aussi à téléphoner le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick au 1-877-225-2521 ou à visiter leur site web pour de plus amples informations au www.csnb.ca.

Si un répondant pose une question au sujet du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick:

Le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick est indépendant du gouvernement et son mandat est de mesurer, de surveiller et d'évaluer le système de soins de santé du Nouveau-Brunswick grâce à l'évaluation du rendement et à l'engagement des citoyens.

Si un répondant questionne la confidentialité des informations qu'il fournit :

MQO et le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick adhèrent aux lois concernant la protection de la vie privée du Nouveau-Brunswick et suivent donc des normes élevées en ce qui concerne la vie privée et la confidentialité. Les données sont toujours présentées de façon globale. L'information ne sera jamais publiée d'une manière où vous pourriez être identifié.

A. INFORMATION SUR LE CLIENT

- A1. Préférez-vous continuer en français ou en anglais?
- 1 Anglais
 - 2 Français
- A2. **[POUR PARENT SURVEY]** Quel est votre lien de parenté avec **[NOM DU CLIENT]**? Etes-vous son **[LIRE CHAQUE]**
- 1 Parent
 - 2 Tuteur
 - 3 Autre membre de la famille
 - 4 Autre
 - 5 **[SPONTANNÉ]** *Je ne réponds pas à ce sondage au nom d'un enfant*

Pour que nous comprenions tous ce que nous voulons dire par « soins à domiciles », j'explique. Les soins à domicile incluent les services du programme extra-mural offerts par un infirmier ou une infirmière, un travailleur social, un physiothérapeute, un ergothérapeute, un orthophoniste, un inhalothérapeute, un diététiste, le personnel d'appui à la réadaptation, ou un pharmacien. Les soins à domicile incluent également des 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.

- A3. **[SI LE CLIENT EST AGÉ DE 19 ANS OU MOINS]** **[AVEZ-VOUS / NOM DU CLIENT a-t-il/elle]** reçu des services de soins de santé à l'école, à domicile, ou les deux?
- | | | |
|---|------------------------------------|------------------------------|
| 1 | À l'école seulement | REMERCIER ET TERMINER |
| 2 | Au domicile seulement | CONTINUER |
| 3 | Les deux: à l'école et au domicile | CONTINUER |

[SI A3=3: Les questions du sondage ne concernent que les services reçus à domicile.]

- A4. **[SI RESPONDENT OU PARENT SURVEY] NOTE À L'INTERVIEWEUR : NE DEMANDER QU'AU BESOIN.** Puisque vous répondez à ce sondage au nom de **[NOM DU CLIENT]**, **[LIRE CHAQUE]**:
- 1 Allez-vous répondre au sondage en semble
 - 2 Ou allez-vous répondre à toutes les questions du sondage au nom de **[NOM DU CLIENT]**
 - 3 **[SPON]** *Je ne réponds pas à ce sondage au nom de quelqu'un d'autre* Nous répondrons au sondage

[POUR PARENT/RESPONDENT SURVEY: Pendant le sondage, les mots « vous », « votre », « je », « moi » et « mon » concernent **[NOM DU CLIENT]**

- A5. Pour confirmer... Selon nos dossiers, **[CODER OUI OU NON POUR CHAQUE, OU NE SAIS PAS]**
- a. **[MONTRER SI sondage TYPE=1 or 3: Servies cliniques ou médicaux seulement ou les deux]** vous avez reçu des services de soins de santé à domicile de la part du Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick. Est-ce bien le cas?
 - b. **[SKIP THIS QUESTION UNTIL WE RECEIVE S.D. SAMPLE] [MONTRER SI sondage TYPE=2 or 3: Services de soutien à domicile seulement ou les deux]** vous avez reçu des services de soins à domicile d'un aide de maintien à domicile pour vous aider avec vos soins personnels. Est-ce bien le cas?
 - c. **[ASK ALL: UNTIL WE RECEIVE S.D. SAMPLE]** Avez-vous reçu des services de soins à domicile d'un aide de maintien à domicile pour vous aider avec vos soins personnels? **[LIRE LA DESCRIPTION DE SERVICES DE SOUTIEN A DOMICILE AU BESOIN]**
PASSER À LA SECTION E SI A5a=OUI ET (A5b=OUI OU SURVEY TYPE 1).
PASSER À LA SECTION F SI a5b=OUI, ET SURVEY TYPE =2
AUTRE, PASSER À LA A6a OU A6b

- A6a. **[DEMANDER SI SURVEY TYPE=1,3 ET SI A5a=NON ou NSP]** Au cours des 2 derniers mois, avez-vous eu des services ou des soins à la maison d'un ou d'une infirmière, travailleur social, physiothérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, inhalothérapeute, diététiste, personnel d'appui à la réadaptation, pharmacien ou pour un autre type de soin clinique/médical?
- 1 Oui **PASSER À LA BLOCK E IF A5b=OUI OR IF TYPE=1, PASSER À LA A6b IF A5b=NON OR DK**
- 2 Non **PASSER À LA BLOCK F IF A5b=OUI, OR IF A5c=YES, TERMINATE IF SURVEY TYPE=1 AND A5C=NO,DK; GO TO A6b IF A5b=NO,DK**
- 8 Ne sait pas/ne se souvient pas **PASSER À LA BLOCK F IF A5b=OUI, OR a5c=YES, TERMINATE IF SURVEY TYPE=1 AND A5C=NO,DK, GO TO A6b IF A5b=NO,DK**
- A6b. **[ASK IF SURVEY TYPE=2,3 AND A5b=NON or DK]** Au cours des 2 derniers mois, avez-vous eu des services ou des soins à la maison soit pour vous aider à vous laver, vous habiller, à faire votre toilette, pour manger, pour les transferts, le ménage, la lessive, la préparation des repas, ou pour donner un repos à un membre de la famille, à un ami ou à un bénévole qui vous aide avec vos soins à domicile?
- 1 Oui **PASSER À LA BLOCK E IF A5a=OUI OR IF A6a=OUI, PASSER À LA BLOCK F IF A6a = 2,8 or if SURVEY TYPE =2**
- 2 Non **PASSER À LA BLOCK E IF A5a=OUI OR IF A6a=OUI, TERMINATE IF A5a AND A6a NOT OUI**
- 8 Ne sait pas/ne se souvient pas **PASSER À LA BLOCK E IF A5a=OUI OR IF A6a=OUI, TERMINATE IF A5a AND A6a NOT OUI**

E. CLIENTS RECEVANT DES SERVICES CLINIQUES OU MÉDICAUS

[IF A5b=OUI OR A6b=OUI OR A5C=YES: Puisque vous avez reçu les deux types de services (extra-mural et services de soutien), on vous posera des questions sur les deux types de services dans 2 sections séparées, en commençant par les soins du programme extra-mural. Ceci devrait prendre à-peu-près 30 à 35 minutes.]

Pendant le sondage, si je vous pose une question et que vous n'êtes pas confortable d'y répondre, dites-le moi et je passerai à la prochaine question.

Et si vous croyez qu'une question ne s'applique pas à vous, dites « ne s'applique pas ».

- E0. Je vais vous lire une liste des professionnels de soins de santé à domicile du Programme extra-mural. Veuillez m'indiquer, en répondant oui ou non, si vous avez reçu des services de ces professionnels au cours des 2 derniers mois. **[COCHER TOUT CE QUI S'APPLIQUE]**

[RÉPÉTER AU BESOIN :] Avez-vous reçu les services à domicile d'un : [DEMANDER a-i **EN ORDRE**]

	Oui	Non	NSP
a. Infirmier ou infirmière	1	2	8
b. Physiothérapeute	1	2	8
c. Ergothérapeute	1	2	8
d. Orthophoniste	1	2	8
e. Inhalothérapeute	1	2	8
f. Travailleur social	1	2	8
g. Diététiste	1	2	8
h. Personnel d'appui à la réadaptation	1	2	8
i. Pharmacien	1	2	8
j. Autre (Préciser) : _____	1	2	8

**TERMINATE IF NON TO ALL a-j AND IF A5B not Oui and A6B not Oui and A5c not oui
Go TO SECTION F IF NO TO ALL a-j AND A5B=OUI OR A6B=OUI or A5c=OUI**

E- SERVICES CLINIQUES (EXTRA-MURAL): DÉBUT DES SOINS

Les questions dans cette section du sondage sont basées sur les soins du programme extra-mural que vous avez reçus au domicile de **[Liste de réponses à E0]**. En répondant aux questions de ce sondage, veuillez seulement penser à votre expérience avec les services qu'ils vous ont fournis.

- E1. Avant de commencer à recevoir des soins de santé à domicile du Programme extra-mural, est-ce que cela a été facile ou difficile d'obtenir des renseignements sur les services du programme extra-mural? **[LIRE CHAQUE]**
1. Très facile
 2. Facile
 3. Difficile
 4. Très difficile
 - 8 **[SPON]** Je ne me souviens pas / Je ne sais pas
 - 9 **[SPON]** Ne s'applique pas [*par ex., je n'ai pas essayé d'obtenir des renseignements sur les services du programme extra-mural*]
- E2. Est-ce que les soins du programme extra-mural ont commencé dès que vous pensiez en avoir besoin? **[NE PAS LIRE]**
- 1 Oui
 - 2 Non: Veuillez expliquer : _____
 - 8 **[SPON]** Je ne me souviens pas / Je ne sais pas
 - 9 **[SPON]** Ne s'applique pas
- E3. Selon la Loi sur les langues officielles, vous avez le droit d'être servi(e) en français ou en anglais. De ces deux langues, laquelle préférez-vous? **[AU BESOIN : pour recevoir des soins de santé à domicile du programme extra-mural?]**
- 1 Anglais
 - 2 Français
 - 3 **[SPON]** aucune préférence
 - 8 **[SPON]** Ne sait pas/pas de réponse
- E4. Quand vous avez commencé à recevoir des soins, est-ce que quelqu'un de ce programme extra-mural vous a offert les services de soins de santé à domicile dans la langue officielle (français ou anglais) de votre choix?
- 1 Oui
 - 2 Non
 - 8 **[SPON]** Je ne me souviens pas / Je ne sais pas
 - 9 **[SPON]** Ne s'applique pas
- E5. **[AU BESOIN : Quand vous avez commencé à recevoir des soins]** Est-ce que quelqu'un du programme vous a dit quel genre de soins ou de services vous alliez recevoir?
- 1 Oui
 - 2 Non
 - 8 **[SPON]** Je ne me souviens pas / Je ne sais pas
 - 9 **[SPON]** Ne s'applique pas

- E6. **[AU BESOIN : Quand vous avez commencé à recevoir des soins]** Est-ce que quelqu'un du programme vous a expliqué comment adapter votre maison pour vous déplacer de façon sécuritaire?
- 1 Oui
 - 2 Non
 - 8 **[SPON]** Je ne me souviens pas / Je ne sais pas
 - 9 **[SPON]** Ne s'applique pas
- E7. Quand vous avez commencé à recevoir des soins, est-ce que quelqu'un du programme extra-mural vous a parlé de tous les médicaments avec prescription (sur ordonnance) et sans prescription (en vente libre) que vous preniez?
- 1 Oui
 - 2 Non
 - 8 **[SPON]** Je ne me souviens pas / Je ne sais pas
 - 9 **[SPON]** Ne s'applique pas
- E8. **[AU BESOIN : Quand vous avez commencé à recevoir des soins]** Est-ce que quelqu'un du programme a demandé de voir tous les médicaments avec prescription (sur ordonnance) et sans prescription (en vente libre) que vous preniez?
- 1 Oui
 - 2 Non
 - 8 **[SPON]** Je ne me souviens pas / Je ne sais pas
 - 9 **[SPON]** Ne s'applique pas

E- SERVICES CLINIQUES (EXTRA-MURAL): SOINS À DOMICILE PENDANT LES DEUX DERNIERS MOIS

Les prochaines questions portent sur les deux derniers mois de soins.

- E42. **[MOVED]** Pendant les deux derniers mois, avez-vous eu des services du programme extra-mural par l'une ou l'autre des façons suivantes. Vous pouvez répondre avec un OUI ou NON. **[LIRE ALLÉATOIREMENT a-b]**
- | | Oui | Non | NSP |
|--|-----|-----|-----|
| a. Avez-vous reçu des services lors de visites à la maison | 1 | 2 | 8 |
| b. Avez-vous reçu des services par téléphone | 1 | 2 | 8 |
| c. Avez-vous reçu d'autres formes de services? | 1 | 2 | 8 |
- Si Oui: veuillez préciser _____

[E9-E11 MOVED TO SECTION T.]

Les prochaines questions concernent les membres du personnel du Programme extra-mural qui vous ont fourni des soins pendant les deux derniers mois. Vous ne devez pas inclure les soins que vous avez reçus de la part d'un membre de votre famille, de vos amis ou de bénévoles.

- E12. Avez-vous eu des services du programme extra-mural de plus d'une personne pendant les deux derniers mois?
- 1 Oui
 - 2 Non
 - 8 Ne sait pas/Pas de réponse
- [PASSER À LA E15]**
[PASSER À LA E15]

- E13. Pendant les deux derniers mois de soins, 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? Diriez-vous... **[LIRE CHAQUE, CODE ONE]**
- 1 Jamais
 - 2 Parfois
 - 3 Habituellement
 - 4 Toujours
 - 8 **[SPON]** Je ne me souviens pas / Je ne sais pas
 - 9 **[SPON]** Ne s'applique pas
- E14. **[AU BESOIN : Pendant les deux derniers mois de soins]** Combien de fois avez-vous reçu des renseignements contradictoires de la part de différents professionnels du programme extra-mural?
[IF NECESSARY: Contradictoire veut dire que vous avez reçu des renseignements non-consistants, qui se contredisaient]
- 1 Jamais
 - 2 Parfois
 - 3 Habituellement
 - 4 Toujours
 - 8 **[SPON]** Je ne me souviens pas / Je ne sais pas
 - 9 **[SPON]** Ne s'applique pas
- E15. **[AU BESOIN : Pendant les deux derniers mois de soins]** Est-ce que vous et un professionnel du programme extra-mural avez discuté de la douleur?
- 1 Oui
 - 2 Non
 - 8 **[SPON]** Je ne me souviens pas / Je ne sais pas
 - 9 **[SPON]** Ne s'applique pas
- E16. Pendant les deux derniers mois de soins, avez-vous pris de nouveaux médicaments avec prescription (sur ordonnance) ou changé les médicaments que vous preniez?
- 1 Oui
 - 2 Non **[PASSER À LA E20]**
 - 8 Ne sait pas/Pas de réponse **[PASSER À LA E20]**
- E17. **[AU BESOIN : Pendant les deux derniers mois de soins]** Est-ce que les professionnels du programme extra-mural ont discuté avec vous de la raison pour laquelle vous aviez de nouveaux médicaments ou que vous aviez changé de médicaments avec prescription (sur ordonnance)?
- 1 Oui
 - 2 Non
 - 8 **[SPON]** Je ne me souviens pas / Je ne sais pas
 - 9 **[SPON]** Ne s'applique pas [*par ex., je n'ai pas pris de nouveaux médicaments ou changé de médicaments*]
- E18. **[AU BESOIN : Pendant les deux derniers mois de soins]** Est-ce que les professionnels du programme extra-mural ont discuté avec vous à savoir quand il fallait prendre ces médicaments?
- 1 Oui
 - 2 Non

- 8 [SPON] Je ne me souviens pas / Je ne sais pas
- 9 [SPON] Ne s'applique pas [*par ex., je n'ai pas pris de nouveaux médicaments ou changé de médicaments*]

E19. Pendant les deux derniers mois de soins, est-ce que les professionnels du programme extra-mural ont discuté avec vous des effets secondaires de ces médicaments?

- 1 Oui
- 2 Non
- 8 [SPON] Je ne me souviens pas / Je ne sais pas
- 9 [SPON] Ne s'applique pas [*par ex., je n'ai pas pris de nouveaux médicaments ou changé de médicaments*]

E20. **[AU BESOIN : Pendant les deux derniers mois de soins]** Combien de fois les professionnels du programme extra-mural vous ont-ils dit quand ils viendraient vous voir à la maison?

- 1 Jamais
- 2 Parfois
- 3 Habituellement
- 4 Toujours
- 8 [SPON] Je ne me souviens pas / Je ne sais pas
- 9 [SPON] Ne s'applique pas [*par ex., je n'ai pas besoin de le savoir*]

E21. **[AU BESOIN : Pendant les deux derniers mois de soins]** Combien de temps avez-vous passé avec les professionnels du programme extra-mural pour chaque visite [en moyenne]? Diriez-vous... **[LIRE CHAQUE]**

- 1 Moins de 30 minutes
- 2 De 30 minutes à moins d'une heure
- 3 D'une heure à moins de 2 heures
- 4 De 2 heures à moins de 3 heures
- 5 3 heures ou plus
- 8 [SPON] Je ne me souviens pas / Je ne sais pas

E22. Veuillez répondre aux questions suivantes en disant jamais, parfois, habituellement ou toujours. Pendant les deux derniers mois de soins, combien de fois les professionnels du programme extra-mural vous-ont-ils ... **[INSÉRER A à D ALLÉATOIREMENT ET LIRE] [RÉPÉTER L'ÉCHELLE AU BESOIN]**

- a. soigné aussi délicatement que possible?
- b. donné des explications qui étaient faciles à comprendre?
- c. écouté attentivement ce que vous aviez à dire?
- d. traité avec courtoisie et respect?

- 1 Jamais
- 2 Parfois
- 3 Habituellement
- 4 Toujours
- 8 [SPON] Je ne me souviens pas / Je ne sais pas
- 9 [SPON] Ne s'applique pas

PASSER À LA E27 IF E3=1-2, PASSER À LA E28 IF E3=3,8

- E27. Pendant les deux derniers mois de soins, combien de fois avez-vous obtenu les soins du programme extra-mural dont vous aviez besoin dans la langue officielle (français ou anglais) de votre choix? Diriez-vous... **[LIRE CHAQUE]**
- 1 Jamais
 - 2 Parfois
 - 3 Habituellement
 - 4 Toujours
 - 8 **[SPON]** Je ne me souviens pas / Je ne sais pas
 - 9 **[SPON]** Ne s'applique pas

- E28. Nous voulons connaître votre appréciation des soins reçus des professionnels du programme extra-mural.

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 pendant les deux derniers mois?

- 0 0 Pires soins de santé à domicile possible
- 1 1
- 2 2
- 3 3
- 4 4
- 5 5
- 6 6
- 7 7
- 8 8
- 9 9
- 10 10 Meilleurs soins de santé à domicile possible
- 98 **[SPON]** Je ne sais pas / Je ne me souviens pas
- 99 **[SPON]** Ne s'applique pas

E - SERVICES CLINIQUES (EXTRA-MURAL): LE PROGRAMME DE SOINS À DOMICILE

Les prochaines questions concernent le bureau du Programme extra-mural.

- E29. Pendant les deux derniers mois de soins, avez-vous contacté le bureau du programme extra-mural pour obtenir de l'aide ou des conseils?
- 1 Oui
 - 2 Non **[PASSER À LA E32]**
 - 8 Ne sait pas/Pas de réponse **[PASSER À LA E32]**
- E30. Pendant les deux derniers mois de soins, 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 **[PASSER À LA E32]**
 - 8 **[SPON]** Je ne me souviens pas / Je ne sais pas **[PASSER À LA E32]**
 - 9 **[SPON]** Ne s'applique pas [*par ex., je n'ai pas contacté le bureau de ce programme*] **[PASSER À LA E32]**

- E31. Quand vous avez contacté le bureau du programme extra-mural, combien de temps s'est-il écoulé avant que vous n'obteniez l'aide ou les conseils dont vous aviez besoin? **[LIRE CHAQUE, CODE ONE]**
- 1 En moins de quelques heures
 - 2 Le jour même (mais plus que quelques heures)
 - 3 1 à 5 jours
 - 4 6 à 14 jours
 - 5 Plus de 14 jours
 - 8 **[SPON]** Je ne me souviens pas / Je ne sais pas
 - 9 **[SPON]** Ne s'applique pas [*par ex., je n'ai pas contacté le bureau de ce programme*]
- E32. Pendant les deux derniers mois de soins, avez-vous eu des problèmes avec les soins que vous avez reçus de la part du programme extra-mural? **[NE PAS LIRE]**
- 1 Oui (**Préciser, facultatif :** _____)
 - 2 Non
 - 8 Ne sait pas/Pas de réponse
- E33. Pendant les deux derniers mois de soins, avez-vous eu des problèmes avec le personnel du programme extra-mural? **[NE PAS LIRE]**
- 1 Oui (**Préciser, facultatif :** _____)
 - 2 Non
 - 8 Ne sait pas/Pas de réponse
- E34. Savez-vous qui contacter si vous voulez déposer une plainte concernant vos soins du programme extra-mural? **[NE PAS LIRE]**
- 1 Oui
 - 2 Non
 - 8 Ne sait pas/Pas de réponse
- E35. Est-ce que vous recommanderiez le programme extra-mural aux membres de votre famille ou à des amis s'ils avaient besoin de soins de santé à domicile? Diriez-vous **[LIRE CHAQUE]**
- 1 Certainement pas
 - 2 Probablement pas
 - 3 Probablement
 - 4 Certainement
 - 8 **[SPON]** Je ne sais pas / Je ne me souviens pas
 - 9 **[SPON]** Ne s'applique pas

E- SERVICES CLINIQUES (EXTRA-MURAL): SOINS AXÉS SUR LE CLIENT ET LA FAMILLE

- E36. Veuillez me dire si vous êtes d'accord ou en désaccord avec les énoncés suivants. Veuillez répondre en disant: Fortement en désaccord, en désaccord, neutre, d'accord, ou fortement d'accord.
- a. Le personnel du programme extra-mural m'a donné la chance d'établir mes buts et priorités.
 - b. Le personnel du programme extra-mural m'a donné les renseignements que j'avais besoin pour que je puisse m'occuper de moi-même.
 - c. Le personnel du programme extra-mural m'a tenu au courant de mes progrès.
 - d. Le personnel 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
 - 8 [SPON] Je ne me souviens pas / Je ne sais pas
 - 9 [SPON] Ne s'applique pas
- E37. Est-ce que le personnel du programme extra-mural a déjà donné des renseignements à votre famille ou à vos amis que vous ne vouliez pas partager avec eux? **[NE PAS LIRE]**
- 1 Oui
 - 2 Non
 - 8 [SPON] Ne sait pas/Pas de réponse
 - 9 [SPON] Ne s'applique pas
- E38. Veuillez me dire si vous êtes d'accord ou en désaccord avec l'énoncé suivant.
- Ma famille ou mes amis qui m'aident avec mes soins ont obtenu les renseignements dont ils avaient besoin quand ils en avaient besoin. Diriez-vous... **[LIRE CHAQUE]**
- 1 Fortement en désaccord
 - 2 En désaccord
 - 3 Neutre
 - 4 D'accord
 - 5 Fortement d'accord
 - 8 [SPON] Je ne me souviens pas / Je ne sais pas
 - 9 [SPON] Ne s'applique pas

E: SERVICES CLINIQUES (EXTRA-MURAL): D'AUTRES QUESTIONS SUR VOS SOINS À DOMICILE

- E39. Depuis combien de temps recevez-vous des services du programme extra-mural? **[LIRE CHAQUE]**
- 1 2 mois ou moins
 - 2 Plus de 2 mois mais moins de 6 mois
 - 3 Plus de 6 mois mais moins d'une année
 - 4 Plus d'une année
 - 8 [SPON] Je ne me souviens pas / Je ne sais pas

- E40. Pendant les deux derniers mois, combien de fois, en moyenne, avez-vous reçu des services du programme extra-mural? Diriez-vous... **[LIRE CHAQUE]**
- 1 À tous les jours
 - 2 Quelques fois par semaine [VOL: de 2 fois par semaine à 6 fois par semaine]
 - 3 Une fois par semaine
 - 4 Deux ou trois fois pas mois
 - 5 Une fois par mois
 - 6 Seulement une fois dans les derniers 2 mois
 - 8 **[SPON]** Je ne me souviens pas / Je ne sais pas
 - 9 **[SPON]** Ne s'applique pas [*par ex., je n'ai pas reçu des services de soins à domicile au cours des deux derniers mois*] **[Go to E42]**
- E41. Quel est votre niveau de satisfaction par rapport au nombre de fois que vous avez reçu des soins du programme extra-mural pendant les deux derniers mois? **[LIRE CHAQUE]**
- 1 Très satisfait
 - 2 Satisfait
 - 3 Ni satisfait, ni insatisfait
 - 4 Insatisfait
 - 5 Très insatisfait
 - 8 **[SPON]** Je ne me souviens pas / Je ne sais pas
 - 9 **[SPON]** Ne s'applique pas
- E43. Est-ce que les soins que vous avez reçus de ce programme ont été offerts suite à un séjour à l'hôpital ou dans un centre de réadaptation? **[AU BESOIN: Une visite veut dire d'avoir été admis, puis libéré d'un hôpital ou d'un centre de réadaptation.]**
- 1 Oui
 - 2 Non **[PASSER À LA E45]**
 - 8 Ne sait pas/Pas de réponse **[PASSER À LA E45]**
- E44. Est-ce que le personnel de l'hôpital ou du centre de réadaptation vous a expliqué le genre de soins vous alliez recevoir du programme extra-mural?
- 1 Oui
 - 2 Non
 - 8 **[SPON]** Je ne me souviens pas / Je ne sais pas
 - 9 **[SPON]** Ne s'applique pas
- E45. Est-ce que votre médecin de famille habituel ou votre infirmière praticienne semble être au courant et à jour sur vos soins du programme extra-mural?
- 1 Oui
 - 2 Non
 - 8 **[SPON]** Je ne me souviens pas / Je ne sais pas
 - 9 **[SPON]** Ne s'applique pas: Je n'ai pas de médecin de famille ou d'infirmière praticienne
 - 10 **[SPON]** Ne s'applique pas: Je n'ai pas vu mon médecin de famille ou mon infirmière praticienne depuis que j'ai commencé à recevoir des soins de santé à domicile

E46. 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 soins du programme extra-mural?

- 1 Oui
- 2 Non [PASSER À LA E48]
- 8 [SPON] Je ne me souviens pas / Je ne sais pas [PASSER À LA E48]
- 9 [SPON] Ne s'applique pas [PASSER À LA E48]

E47. Veuillez expliquer plus en détail pourquoi 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 soins du programme extra-mural.

Capter le texte

E48. Avez-vous été admis à l'hôpital ou avez-vous dû vous rendre dans une salle d'urgence de l'hôpital durant la période que vous receviez des soins du programme extra-mural? **[SI OUI : combien de fois?] [NE PAS LIRE] [AU BESOIN : Pour n'importe quelle raison, pas nécessairement lié au programme extra-mural]**

- 1 Oui: indiquer le nombre de fois _____
- 2 Non
- 8 [SPON] Je ne me souviens pas / Je ne sais pas

E: SERVICES CLINIQUES (EXTRA-MURAL): ÉVALUATION DES OBSTACLES ET DES BESOINS

E51. Veuillez répondre aux questions suivantes par oui ou par non. En répondant, pensez aux difficultés que vous avez peut-être rencontrées en obtenant les soins du programme extra-mural dont vous aviez besoin : **[LIRE a-e ALLÉATOIREMENT, INSÉRER OUI/NON POUR CHAQUE]**

- a. Avez-vous déjà eu des problèmes à obtenir les renseignements dont vous aviez besoin concernant les services du programme extra-mural?
- b. Avez-vous déjà eu un problème au niveau de la langue avec un professionnel du programme extra-mural?
- c. Est-il arrivé qu'un professionnel du programme extra-mural n'ait pas pris en considération vos valeurs spirituelles ou culturelles?
- d. Avez-vous déjà eu besoin de soins du programme extra-mural mais qu'il y avait soit des limites ou des réductions dans le genre de services ou de soins offerts?
- e. Avez-vous déjà eu besoin de soins 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?
- f. Avez-vous rencontré autres difficultés? **[SI OUI, PRÉCISER]** _____

- 1 Oui
- 2 Non
- 8 Ne sait pas/Pas de réponse

E54. Souhaitez-vous nous signaler autre chose concernant les soins de santé à domicile que vous avez reçus de la part du Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick?

98 Ne sait pas/ rien à dire

PASSER À LA SECTION F IF A5b=OUI OR IF A6b=OUI OU SI A5c=OUI. OTHERWISE, PASSER À LA SECTION T

F. SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE : DÉBUT DES SOINS

[ASK IF A5a=OUI OR A6a=OUI OR A5c=OUI. Nous avons maintenant terminé les questions concernant les soins à domicile que vous recevez du programme extra-mural.]

Les questions dans cette section du sondage sont basées sur les services de soutien à domicile que vous avez reçu d'un aide de maintien à domicile pour vous aider avec vos soins personnels. [INTERVIEWER: REFER TO PRINT MATERIAL FOR DESCRIPTION IF NECESSARY]

[IF SENSE HESITATION/TIRED: OFFER TO FINISH TOMORROW. ASK FOR THE BEST TIME TO CALL BACK]

F1. En pensant aux services de soins à domicile que vous avez reçus d'un aide de maintien à domicile au cours des 2 derniers mois, qui a fourni ces services? [LIRE CHAQUE, INSÉRER OUI/NON POUR CHAQUE]

	OUI	NON	NSP
a. Avez-vous reçu des services de soins à domicile par une agence	1	2	8
b. Avez-vous reçu des services privés d'une personne qui ne travaille pas pour une agence?	1	2	8

PASSER À LA F2 IF F1a=OUI. OTHERWISE, PASSER À LA F3.

F2. [IF F1a=OUI] Quel est le nom de l'agence [ou des agences] qui a fourni les services de soins à domicile au cours des 2 derniers mois?

Capter le nom de l'agence [ou agences]

F3. Je vais vous lire une liste des services de soins à domicile fournis par des aides de maintien à domicile. Veuillez m'indiquer en disant OUI ou NON si vous avez reçu ces services au cours des 2 derniers mois. [LIRE CHAQUE, DO NOT RANDOMIZE LIST, CODER OUI/NON POUR CHAQUE]

	Oui	Non	DK
a. Vous laver (bain/douche)	1	2	8
b. Faire votre toilette ou pour vous habiller	1	2	8
c. La préparation des repas	1	2	8
d. Le ménage (nettoyage, lessive)	1	2	8
e. Les soins nutritifs ou pour manger	1	2	8
f. Les transferts (d'une place à l'autre à l'intérieur du domicile)	1	2	8
g. Donner un repos à un membre de la famille, à un ami ou à un bénévole qui vous aide avec vos soins à domicile	1	2	8
h. Other: _____	1	2	8

[SI AUTRE=OUI, DEMANDER: Quel autre service avez-vous reçu? _____]

PASSER À LA T1 OF NON OR DK TO ALL a-h AND IF (A5a=OUI OR A6a=OUI OR A5c=OUI) AND if OUI à au moins 1 à la E0
TERMINATE IF NON OR DK TO ALL a-h AND IF ALL IN E0=non, NE SAIS PAS OU VIDE (NOT 'OUI')

Les questions dans cette section du sondage sont basées sur les services de soutien à domicile [Liste de réponses à F3]. En répondant aux questions de ce sondage, veuillez seulement penser à votre expérience avec ces services de soutien à domicile.

NOTE TO PROGRAMMER: WHEN YOU SEE [FROM THIS AGENCY], INSERT 'De cette agence' only if F1a=Oui

- F4. Avant de commencer à recevoir des services de soins à domicile, est-ce que cela a été facile ou difficile d'obtenir des renseignements sur les services de soins à domicile au Nouveau-Brunswick? Diriez-vous... **[LIRE CHAQUE, CODER UNE SEULE RÉPONSE]**
- 1 Très facile
 - 2 Facile
 - 3 Difficile
 - 4 Très difficile
 - 8 **[SPON]** Je ne me souviens pas / Je ne sais pas
 - 9 **[SPON]** Ne s'applique pas [*par ex., je n'ai pas essayé d'obtenir des renseignements sur les services de soins à domicile*]
- F5. Est-ce que les soins à domicile ont commencé dès que vous pensiez en avoir besoin?
- 1 Oui
 - 2 Non: Veuillez expliquer _____
 - 8 **[SPON]** Je ne me souviens pas / Je ne sais pas
 - 9 **[SPON]** Ne s'applique pas
- F6. Quand vous avez commencé à recevoir des services de soins à domicile [DE CETTE AGENCE], est-ce que c'était facile ou difficile de remplir tous les documents nécessaires? Diriez-vous... **[LIRE CHAQUE]**
- 1 Très facile
 - 2 Facile
 - 3 Difficile
 - 4 Très difficile
 - 8 **[SPON]** Je ne me souviens pas / Je ne sais pas
 - 9 **[SPON]** Ne s'applique pas
- F7. Vous avez le droit d'être servi(e) en français ou en anglais. De ces deux langues, laquelle préférez-vous? **[AU BESOIN : pour recevoir des services de soins à domicile?]**
- 1 Anglais
 - 2 Français
 - 3 **[SPON]** Aucune préférence **PASSER À LA F9**
 - 8 **[SPON]** Ne sait pas/Pas de réponse **PASSER À LA F9**
- PASSER À LA F9 IF F7=3 OR 8 (NO PREFERENCE FOR LANGUAGE)**
PASSER À LA F8 IF f7=1-2
- F8. Quand vous avez commencé à recevoir des services de soins à domicile [DE CETTE AGENCE], est-ce que quelqu'un vous a offert les services de soins à domicile dans la langue officielle (français ou anglais) de votre choix?
- 1 Oui
 - 2 Non
 - 8 **[SPON]** Je ne me souviens pas / Je ne sais pas
 - 9 **[SPON]** Ne s'applique pas

- F9. **[AU BESOIN** : Quand vous avez commencé à recevoir des services de soins à domicile [DE CETTE AGENCE]] Est-ce que quelqu'un [DE CETTE AGENCE] vous a dit quel genre de soins ou de services vous alliez recevoir?
- 1 Oui
 - 2 Non
 - 8 **[SPON]** Je ne me souviens pas / Je ne sais pas
 - 9 **[SPON]** Ne s'applique pas

F: SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE : SOINS À DOMICILE PENDANT LES DEUX DERNIERS MOIS

- F13. Les prochaines questions concernent **[SI F1a=OUI 1=les membres du personnel** de l'agence. **SI F1a N'EST PAS OUI** : tous les aides de maintien à domicile] qui vous ont fourni des services de soins à domicile pendant les deux derniers mois. Vous ne devez pas inclure les soins que vous avez reçus de la part d'un membre de votre famille, de vos amis ou de bénévoles.

Avez-vous reçu des services de soins à domicile de plus d'un aide de maintien à domicile pendant les deux derniers mois?

- 1 Oui
- 2 Non
- 8 Ne sait pas / je ne me souviens pas

- F14. Pendant les deux derniers mois de soins, combien de fois les choses suivantes se sont-elles produites? Veuillez répondre en disant : jamais, parfois, habituellement ou toujours. **RÉPÉTER L'ÉCHELLE AU BESOIN**
- a. **[SI F13=1]** combien de fois les aides de maintien à domicile [DE CETTE AGENCE] semblaient-ils avoir des connaissances à jour sur tous les soins que vous receviez à la maison?
 - b. **[SI F13=1]** combien de fois avez-vous reçu des renseignements contradictoires de la part de différents aides de maintien à domicile?
 - c. Combien de fois les aides de maintien à domicile [DE CETTE AGENCE] vous ont-ils dit quand ils viendraient vous voir à la maison?
 - d. Combien de fois les aides de maintien à domicile [DE CETTE AGENCE] vous ont-ils soigné aussi délicatement que possible?
 - e. Combien de fois les aides de maintien à domicile [DE CETTE AGENCE] vous ont-ils donné des explications qui étaient faciles à comprendre?
 - f. Combien de fois les aides de maintien à domicile [DE CETTE AGENCE] ont-ils écouté attentivement ce que vous aviez à dire?
 - g. Combien de fois les aides de maintien à domicile [DE CETTE AGENCE] vous ont-ils traité avec courtoisie et respect?
- 1 Jamais
 - 2 Parfois
 - 3 Habituellement
 - 4 Toujours
 - 8 **[SPON]** Je ne me souviens pas / Je ne sais pas
 - 9 **[SPON]** Ne s'applique pas

PASSER À LA F16 SI F7 = 3 OR 8 , CONTINUE IF F7=1 OR 2

- F15. Pendant les deux derniers mois de soins, combien de fois avez-vous obtenu les services de soins à domicile dont vous aviez besoin dans la langue officielle (français ou anglais) de votre choix? **[LIRE CHAQUE]**
- 1 Jamais
 - 2 Parfois
 - 3 Habituellement
 - 4 Toujours
 - 8 [SPON] Je ne me souviens pas / Je ne sais pas
 - 9 [SPON] Ne s'applique pas
- F16. Nous voulons connaître votre appréciation des soins que vous avez reçus des aides de maintien à domicile [DE CETTE AGENCE]. 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 [DE CETTE AGENCE] pendant les deux derniers mois?
- 0 0 Pires soins à domicile possible
 - 1 1
 - 2 2
 - 3 3
 - 4 4
 - 5 5
 - 6 6
 - 7 7
 - 8 8
 - 9 9
 - 10 10 Meilleurs soins à domicile possible
 - 98 [SPON] Je ne sais pas / Je ne me souviens pas
 - 99 [SPON] Ne s'applique pas

F: SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE: L'AGENCE DE SOUTIEN

- F17. Est-ce que cela est facile ou difficile de contacter **[INSÉRER SI F1a=OUI 'le bureau de l'agence', SI F1a N'EST PAS OUI : 'l'aide de maintien à domicile']** afin d'obtenir de l'aide, des renseignements ou des conseils? Diriez-vous... **[LIRE CHAQUE, CODEq ONE]**
- 1 Très facile
 - 2 Facile
 - 3 Difficile
 - 4 Très difficile
 - 8 [SPON] Je ne me souviens pas / Je ne sais pas
 - 9 [SPON] Ne s'applique pas [*ex., je n'ai jamais contacté le bureau de l'agence ou l'aide de maintien à domicile*]
- F18. Pendant les deux derniers mois de soins, avez-vous eu des problèmes avec les soins que vous avez reçus de la part **[SI F1a=OUI : « de cette agence », SI F1a N'EST PAS OUI « de l'aide de maintien à domicile »]**?
- 1 Oui (**Préciser: facultatif** _____)
 - 2 Non
 - 8 [SPON] Ne sait pas / je ne me souviens pas
- SI F1a N'EST PAS OUI, PASSER À LA F20**

F19. Pendant les deux derniers mois de soins, avez-vous eu des problèmes avec le personnel de l'agence?

- 1 Oui (**Préciser: facultatif** _____)
- 2 Non
- 8 **[SPON]** Ne sait pas / je ne me souviens pas

F20. Savez-vous qui contacter si vous voulez déposer une plainte concernant vos services de soins à domicile?

- 1 Oui
- 2 Non
- 8 **[SPON]** Ne sait pas / je ne me souviens pas

F21. Est-ce que vous recommanderiez [**SI F1a=OUI** : « cette agence », **SI F1a N'EST PAS OUI** « cet aide de maintien à domicile »] aux membres de votre famille ou à des amis s'ils avaient besoin de soins à domicile? Diriez-vous...
[LIRE CHAQUE]

- 1 Certainement pas
- 2 Probablement pas
- 3 Probablement
- 4 Certainement
- 8 **[SPON]** Je ne sais pas / Je ne me souviens pas
- 9 **[SPON]** Ne s'applique pas

F: SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE : SOINS AXÉS SUR LE CLIENT ET LA FAMILLE

F22. Veuillez me dire si vous êtes d'accord ou en désaccord avec l'énoncé suivant.

[SI F1a=OUI : « le personnel de l'agence », **SI F1a N'EST PAS OUI** « l'aide de maintien à domicile »] et moi avons discuté du genre de renseignements qu'ils pouvaient donner à ma famille ou mes amis. Diriez-vous.. **[LIRE CHAQUE]**

- 1 Fortement en désaccord
- 2 En désaccord
- 3 Neutre
- 4 D'accord
- 5 Fortement d'accord
- 8 **[SPON]** Je ne me souviens pas / Je ne sais pas
- 9 **[SPON]** Ne s'applique pas

F23. Est-ce que [**SI F1a=OUI** : « le personnel de l'agence », **SI F1a N'EST PAS OUI** « l'aide de maintien à domicile »] a déjà donné des renseignements à votre famille ou à vos amis que vous ne vouliez pas partager avec eux?

- 1 Oui
- 2 Non
- 8 **[SPON]** Ne sait pas / je ne me souviens pas

F24. Veuillez me dire si vous êtes d'accord ou en désaccord avec l'énoncé suivant.

Ma famille ou mes amis qui m'aident avec mes soins ont obtenu les renseignements dont ils avaient besoin quand ils en avaient besoin. Diriez-vous... **[LIRE CHAQUE, CODER UNE SEULE RÉPONSE]**

- 1 Fortement en désaccord
- 2 En désaccord
- 3 Neutre
- 4 D'accord
- 5 Fortement d'accord
- 8 [SPON] Je ne me souviens pas / Je ne sais pas
- 9 [SPON] Ne s'applique pas

F: SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE : D'AUTRES QUESTIONS SUR VOS SOINS À DOMICILE

F25. Depuis combien de temps recevez-vous des services de soins à domicile **[INSÉRER SI F1a=OUI 'de cette agence', SI F1a N'EST PAS OUI : 'de cet aide de maintien à domicile']**? Diriez-vous... **[LIRE CHAQUE, CODE ONE]**

- 1 2 mois ou moins
- 2 Plus de 2 mois mais moins de 6 mois
- 3 Plus de 6 mois mais moins d'une année
- 4 Plus d'une année
- 8 [SPON] Je ne me souviens pas / Je ne sais pas

F26. Pendant les deux derniers mois, combien de fois avez-vous reçu des services de soins à domicile **[INSÉRER SI F1a=OUI 'de cette agence', SI F1a N'EST PAS OUI : 'de cet aide de maintien à domicile']**, en moyenne? Diriez-vous... **[LIRE CHAQUE, CODE ONE]**

- 1 À tous les jours
- 2 Quelques fois par semaine [VOL: de 2 fois par semaine à 6 fois par semaine]
- 3 Une fois par semaine
- 4 Deux ou trois fois pas mois
- 5 Une fois par mois
- 6 Seulement une fois dans les derniers 2 mois
- 8 [SPON] Je ne me souviens pas / Je ne sais pas
- 9 [SPON] Ne s'applique pas [*par ex., je n'ai pas reçu des services de soins à domicile au cours des deux derniers mois*] **[PASSER A LA F28]**

F27. Quel est votre niveau de satisfaction par rapport au nombre de fois que vous avez reçu des services de soins à domicile **[INSÉRER SI F1a=OUI 'de cette agence', SI F1a N'EST PAS OUI : 'de cet aide de maintien à domicile']** pendant les deux derniers mois? Diriez-vous... **[LIRE CHAQUE, CODE ONE]**

- 1 Très satisfait
- 2 Satisfait
- 3 Ni satisfait, ni insatisfait
- 4 Insatisfait
- 5 Très insatisfait
- 8 [SPON] Je ne me souviens pas / Je ne sais pas
- 9 [SPON] Ne s'applique pas

F28. 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 de soins à domicile que vous avez reçus [INSÉRER SI F1a=OUI 'de cette agence', SI F1a N'EST PAS OUI : 'de cet aide de maintien à domicile']?

- | | | |
|---|---|------------------------|
| 1 | Oui | |
| 2 | Non | PASSER À LA F32 |
| 8 | [SPON] Je ne me souviens pas / Je ne sais pas | PASSER À LA F32 |
| 9 | [SPON] Ne s'applique pas | PASSER À LA F32 |

F29. Veuillez expliquer plus en détail pourquoi 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 de soins à domicile que vous avez reçus [INSÉRER SI F1a=OUI 'de cette agence', SI F1a N'EST PAS OUI : 'de cet aide de maintien à domicile'].

Capter le texte

F: SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE : ÉVALUATION DES OBSTACLES ET DES BESOINS

F32. Répondez aux questions suivantes par Oui ou Non. En répondant, pensez aux difficultés que vous avez peut-être rencontrées en obtenant les soins à domicile dont vous aviez besoin: [LIRE ALLÉATOIREMENT a à f, ENTRER OUI/NON POUR CHAQUE]

- a. Avez-vous déjà eu des problèmes à obtenir les renseignements dont vous aviez besoin concernant les services de soins à domicile?
- b. Avez-vous déjà eu un problème au niveau de la langue avec votre aide de maintien à domicile?
- c. Est-il arrivé qu'un aide de maintien à domicile n'ait pas pris en considération vos valeurs spirituelles ou culturelles?
- d. Avez-vous déjà eu besoin de soins à domicile mais qu'il y avait soit des limites ou des réductions dans le genre de services ou de soins offerts?
- e. Avez-vous déjà eu besoin de soins à domicile mais qu'il y avait soit des limites ou des réductions dans la durée du service ou le nombre d'heures offertes?
- f. Avez-vous déjà trouvé que les services de soins à domicile coûtent trop cher?
- g. Avez-vous encouru autres difficultés? [SI OUI, PRÉCISER] _____

- | | |
|---|----------------------------|
| 1 | Oui |
| 2 | Non |
| 8 | Ne sait pas/Pas de réponse |

F33. Souhaitez-vous nous signaler autre chose concernant les soins à domicile que vous avez reçus de la part [INSÉRER SI F1a=OUI 'de cette agence', SI F1a N'EST PAS OUI : 'de cet aide de maintien à domicile']?

98 Ne sait pas/ rien à dire

T: SERVICES CLINIQUES ET SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE: À PROPOS DE VOUS

T1. En général, diriez-vous que votre santé est ... **[LIRE CHAQUE, CODER UNE SEULE RÉPONSE]**

- 1 Excellente
- 2 Très bonne
- 3 Bonne
- 4 Passable
- 5 Mauvaise
- 8 [SPON] Je ne sais pas

T2. En général, diriez-vous que votre santé mentale ou émotionnelle est ? **[LIRE CHAQUE, CODER UNE SEULE RÉPONSE]**

- 1 Excellente
- 2 Très bonne
- 3 Bonne
- 4 Passable
- 5 Mauvaise
- 8 [SPON] Je ne sais pas

E52. **[MOVED]** Un médecin ou tout autre professionnel de la santé vous-a-t-il déjà diagnostiqué ou traité pour une ou plusieurs des conditions chroniques suivantes? **[READ AND DO NOT RANDOMIZE LIST a-n – ENTER OUI/NON FOR EACH]**

- a. Arthrite
- b. Asthme
- c. Douleur chronique
- d. L'emphysème ou MPOC (maladie pulmonaire obstructive chronique)
- e. Cancer
- f. Diabète
- g. Alzheimer
- h. Démence
- i. Dépression
- j. Des troubles de l'humeur autre que la dépression, tels que le trouble bipolaire, la manie, la psychose maniacodépressive, ou la dysthymie
- k. Maladie cardiaque
- l. Accident vasculaire au cerveau (AVC)
- m. La haute pression ou l'hypertension
- n. Reflux gastrique (RGO)
- o. Avez-vous déjà été diagnostiqué ou traité pour toute autre condition chronique? Une condition chronique est quelque chose qui a habituellement une durée de plus de 12 mois, qui peut possiblement demander un traitement continu, et qui est sérieux jusqu'au point à causer certaines limitations dans les activités quotidiennes **[SI O=OUI, PRÉCISER _____]**

- 1 Oui
- 2 Non
- 8 Ne sait pas/Pas de réponse

[IF OUI TO AT LEAST ONE IN a-o, PASSER À LA E53. IF NOT, PASSER À LA E50]

- E53. **[IF HAS CHRONIC CONDITION, IF ANY IN E52 A-O=YES]** À quel point êtes-vous confiant(e) par rapport au contrôle et à la gestion de votre état de santé? **[LIRE CHACUNE]**
- 1 Très confiant(e)
 - 2 Confiant(e)
 - 3 Pas très confiant(e)
 - 4 Pas du tout confiant(e)
 - 8 **[VOL]** Je ne sais pas
 - 9 **[VOL]** Refuse
- E50. **[MOVED]** Y-a-t-il autre chose qui aurait pu être fait ou être offert pour vous aider à rester à la maison? **[NE PAS LIRE]** **[SONDER : Est-ce qu'il y a d'autres services ou d'autres soins qui auraient pu vous aider encore plus à rester à la maison?**
- 1 Oui: Veuillez expliquer (capter le texte) _____
 - 2 Non
 - 8 **[SPON]** Je ne me souviens pas / Je ne sais pas
- T3. Vivez-vous seul?
- 1 Oui
 - 2 Non
 - 7 Refuse
- E9. **[MOVED]** Pendant les deux derniers mois de soins, 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 **[PASSER À LA T4]**
 - 8 Ne sait pas **[PASSER À LA T4]**
- E10. Pendant les deux derniers mois de soins, qui vous a le plus aidé en vous donnant des soins à domicile? **[NE PAS LIRE, CODER UNE SEULE RÉPONSE. SI PLUS QU'UNE SONDER : "la personne qui voua a le plus aidé"]**
- 10 Mari, femme ou conjoint de fait
 - 11 Mère ou père
 - 12 Fils ou fille
 - 13 Petit-fils ou petite-fille
 - 14 Un autre membre de la famille
 - 15 Un ami
 - 16 Un bénévole
 - 17 Autre (Préciser) _____
 - 98 Ne sait pas/Pas de réponse
- E11. Pendant les deux derniers mois de soins, combien de fois avez-vous eu de l'aide avec les soins à domicile d'un ami, d'un membre de la famille ou d'un bénévole? Diriez-vous... **[LIRE CHAQUE, CODE ONE]**
- 1 À tous les jours
 - 2 Quelques fois par semaine [VOL: de 2 fois par semaine à 6 fois par semaine]
 - 3 Une fois par semaine
 - 4 Deux ou trois fois pas mois

- 5 Une fois par mois
- 6 Seulement une fois dans les derniers 2 mois
- 7 **[SPON]** Autre (Préciser _____)
- 8 **[SPON]** Ne sait pas/Pas de réponse

T4. **[ASK IF CLIENT IS 18 OR OLDER]** Quel est le niveau d'école ou de scolarité le plus élevé que vous avez complété?
[LIRE CHAQUE, CODER UNE SEULE RÉPONSE]

- 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 / 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 / Études supérieures
- 8 **[SPON]** Je ne me souviens pas / Je ne sais pas
- 9 **[SPON]** Préfère ne pas répondre

T5. Quelle langue parlez-vous principalement à la maison?

- 1 Français
- 2 Anglais
- 3 Premières nations, Amérindien, Métis ou Inuit
- 4 Autre : _____
- 8 Ne sait pas / Pas de réponse
- 9 Préfère ne pas répondre

T6. Êtes-vous Autochtone, c'est-à-dire Indien d'Amérique du Nord, Métis ou Inuit?

- 1 Oui
- 2 Non
- 8 Ne sait pas/Pas de réponse
- 9 Préfère ne pas répondre

T7. **[ASK IF CLIENT AT LEAST 18]** Nous vous demanderons pas de donner votre salaire ou votre revenu, par contre pouvez-vous nous dire si l'année passée, c'est-à-dire en 2011, le revenu total de votre ménage avant impôts était dans une des trois catégories suivantes : **[LIRE CHAQUE, ARRÊTER LE MOMENT QUE LE RÉPONDANT VOUS ARRÊTE]**

- 1 Moins de 25 000\$
- 2 25 000\$ à moins de 60 000\$
- 3 60 000\$ ou plus
- 8 **[SPON]** Je ne me souviens pas / Je ne sais pas
- 9 **[SPON]** Préfère ne pas répondre

MERCI !

T10. **[BY OBSERVATION –** Qui a complété la majorité (ou l'ensemble) du sondage?

- 1 Client
- 2 Parent du client
- 3 Quelqu'un d'autre