



SONDAGE SUR LES SOINS À DOMICILE AU NOUVEAU-BRUNSWICK

Pour les soins à domicile reçus d'un aide de maintien à domicile

INSTRUCTIONS: Veuillez **noircir ● ou cocher ☑ le cercle** qui décrit le mieux votre expérience avec les soins à domicile. Si vous le désirez, un(e) soignant(e), un(e) ami(e), ou un membre de votre famille peut remplir le questionnaire en votre nom. Merci!

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.

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

- O₁ Au sujet de votre propre expérience avec des soins à domicile
- O₂ Au nom de quelqu'un d'autre

2. Si vous remplissez ce sondage au nom du client, veuillez indiquer lequel des énoncés suivants décrit le mieux la façon dont vous allez remplir le sondage.

- O₁ Nous allons remplir le sondage ensemble
- O₂ Je vais répondre à toutes les questions au nom du client
- O₃ Je ne vais pas remplir ce sondage au nom de quelqu'un d'autre

VOTRE EXPÉRIENCE AVEC LES SOINS À DOMICILE

3. En pensant aux 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?

- O₁ J'ai reçu des soins à domicile par une agence
- O₂ J'ai reçu des soins à domicile d'une personne qui ne travaille pas pour une agence → **Allez à la question 5**
- O₃ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas → **Allez à la question 5**

4. Quel est le nom de l'agence (ou des agences) qui a fourni les soins à domicile au cours des 2 derniers mois?

5. Veuillez indiquer si vous avez reçu un ou plusieurs des services suivants d'un aide de maintien à domicile au cours des 2 derniers mois. Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent :

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> O ₁ Vous laver (bain/douche) | <input type="radio"/> O ₅ Les soins nutritifs ou pour manger |
| <input type="radio"/> O ₂ Faire votre toilette ou pour vous habiller | <input type="radio"/> O ₆ Les transferts (d'une place à l'autre à l'intérieur du domicile) |
| <input type="radio"/> O ₃ La préparation des repas | <input type="radio"/> O ₇ Donner un repos à un membre de la famille, à un ami ou à un bénévole qui vous aide avec vos soins à domicile |
| <input type="radio"/> O ₄ Le ménage (nettoyage, lessive) | <input type="radio"/> O ₈ Autre (veuillez préciser : _____) |

En répondant aux questions de ce sondage, veuillez seulement penser à l'expérience vécue à l'égard de ces soins à domicile.

6. **Avant de commencer à recevoir des soins à domicile, est-ce que cela a été facile ou difficile d'obtenir des renseignements sur les soins à domicile au Nouveau-Brunswick?**
- ₁ Très facile
₂ Facile
₃ Difficile
₄ Très difficile
₅ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas
7. **Est-ce que les soins à domicile ont commencé dès que vous pensiez en avoir besoin?**
- ₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas
8. **Quand vous avez commencé à recevoir des soins à domicile, est-ce que c'était facile ou difficile de remplir tous les documents nécessaires? Diriez-vous...**
- ₁ Très facile
₂ Facile
₃ Difficile
₄ Très difficile
₅ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas
9. **Vous avez le droit d'être servi(e) en français ou en anglais. De ces deux langues, laquelle préférez-vous?**
- ₁ Français ₂ Anglais ₃ Aucune préférence
10. **Quand vous avez commencé à recevoir des soins à domicile, est-ce que quelqu'un vous a offert les soins à domicile dans la langue officielle (français ou anglais) de votre choix?**
- ₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas
11. **Est-ce que quelqu'un vous a dit quel genre de soins ou de services vous alliez recevoir?**
- ₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas
12. **Pendant les 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 ₃ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas
→ Allez à la question 15 **→ Allez à la question 15**
13. **Pendant les 2 derniers mois, qui vous a le plus aidé en vous donnant des soins à domicile?**
- ₁ Mari, femme ou conjoint de fait ₆ Un ami
₂ Mère ou père ₇ Un bénévole
₃ Fils ou fille ₈ Autre (veuillez préciser : _____)
₄ Petit-fils ou petite-fille ₉ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas
₅ Un autre membre de la famille
14. **Pendant les 2 derniers mois, 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?**
- ₁ À tous les jours ₅ Une fois par mois
₂ Quelques fois par semaine ₆ Seulement une fois dans les derniers deux mois
₃ Une fois par semaine ₇ Autre (veuillez préciser : _____)
₄ Deux ou trois fois par mois ₈ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

Les prochaines questions concernent les aides de maintien à domicile qui vous ont fourni des soins à domicile pendant les 2 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.

15. **Avez-vous reçu des soins à domicile de plus d'un aide de maintien à domicile pendant les 2 derniers mois?**
- ₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas
→ Allez à la question 18 **→ Allez à la question 18**

16. Pendant les 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?

- ₁ Jamais ₂ Parfois ₃ Habituellement ₄ Toujours
₅ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

17. Pendant les 2 derniers mois, combien de fois avez-vous reçu des renseignements contradictoires de la part de différents aides de maintien à domicile?

- ₁ Jamais ₂ Parfois ₃ Habituellement ₄ Toujours
₅ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

18. Pendant les 2 derniers mois, combien de fois les aides de maintien à domicile vous ont-ils dit quand ils viendraient vous voir à la maison?

- ₁ Jamais ₂ Parfois ₃ Habituellement ₄ Toujours
₅ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

19. Pendant les 2 derniers mois, combien de fois les aides de maintien à domicile ...

a) vous ont-ils soigné aussi délicatement que possible?

- ₁ Jamais ₂ Parfois ₃ Habituellement ₄ Toujours
₅ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

b) vous ont-ils donné des explications qui étaient faciles à comprendre?

- ₁ Jamais ₂ Parfois ₃ Habituellement ₄ Toujours
₅ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

c) ont-ils écouté attentivement ce que vous aviez à dire?

- ₁ Jamais ₂ Parfois ₃ Habituellement ₄ Toujours
₅ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

d) vous ont-ils traité avec courtoisie et respect?

- ₁ Jamais ₂ Parfois ₃ Habituellement ₄ Toujours
₅ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

20. Pendant les 2 derniers mois, combien de fois avez-vous obtenu les soins à domicile dont vous aviez besoin dans la langue officielle (français ou anglais) de votre choix?

- ₁ Jamais ₂ Parfois ₃ Habituellement ₄ Toujours
₅ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

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

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

22. Est-ce que cela est facile ou difficile de contacter le bureau de l'agence ou l'aide de maintien à domicile afin d'obtenir de l'aide, des renseignements ou des conseils? Diriez-vous...

- ₁ Très facile ₃ Difficile
₂ Facile ₄ Très difficile
₅ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

23. Pendant les 2 derniers mois, avez-vous eu des problèmes avec les soins que vous avez reçus de la part de votre aide de maintien à domicile?

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

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

- O₁ Oui O₂ Non O₃ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

25. **Est-ce que vous recommanderiez cette agence ou cet aide de maintien à domicile aux membres de votre famille ou à des amis s'ils avaient besoin de soins à domicile?**

- O₁ Certainement pas O₂ Probablement pas O₃ Probablement O₄ Certainement
 O₅ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

26. **Veillez indiquer si vous êtes d'accord ou en désaccord avec l'énoncé suivant :**

J'ai discuté avec l'agence ou avec l'aide de maintien à domicile du genre de renseignements qu'ils pouvaient donner à ma famille ou mes amis.

- O₁ Fortement en désaccord O₂ En désaccord O₃ Neutre O₄ D'accord O₅ Fortement d'accord
 O₅ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

27. **Est-ce que l'agence ou l'aide de maintien à domicile ont déjà donné des renseignements à votre famille ou à vos amis que vous ne vouliez pas partager avec eux?**

- O₁ Oui O₂ Non O₃ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

28. **Veillez indiquer 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.

- O₁ Fortement en désaccord O₂ En désaccord O₃ Neutre O₄ D'accord O₅ Fortement d'accord
 O₅ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

29. **Depuis combien de temps recevez-vous des soins à domicile de cet aide de maintien à domicile?**

- O₁ 2 mois ou moins O₄ Plus d'une année
 O₂ Plus de 2 mois mais moins de 6 mois O₅ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas
 O₃ Plus de 6 mois mais moins d'une année

30. **Pendant les 2 derniers mois, combien de fois avez-vous reçu des soins à domicile, en moyenne?**

- O₁ À tous les jours O₅ Une fois par mois
 O₂ Quelques fois par semaine O₆ Seulement une fois dans les deux derniers mois
 O₃ Une fois par semaine O₇ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas
 O₄ Deux ou trois fois par mois

31. **Quel est votre niveau de satisfaction par rapport au nombre de fois que vous avez reçu des soins à domicile pendant les 2 derniers mois?**

- O₁ Très satisfait O₂ Satisfait O₃ Ni satisfait, ni insatisfait O₄ Insatisfait O₅ Très insatisfait
 O₅ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

32. **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 à domicile?**

- O₁ Oui O₂ Non O₃ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

Veillez 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 à domicile :

33. 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?
- O₁ Oui O₂ Non O₃ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas
34. Veuillez indiquer si vous avez fait face aux expériences suivantes en obtenant les soins à domicile dont vous aviez besoin :
- a) Avez-vous déjà eu des problèmes à obtenir les renseignements dont vous aviez besoin concernant les soins à domicile?
- O₁ Oui O₂ Non O₃ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas
- b) Avez-vous déjà eu un problème au niveau de la langue avec votre aide de maintien à domicile?
- O₁ Oui O₂ Non O₃ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas
- c) Est-il arrivé qu'un aide de maintien à domicile n'ait pas pris en considération vos valeurs spirituelles ou culturelles?
- O₁ Oui O₂ Non O₃ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas
- 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 offerts?
- O₁ Oui O₂ Non O₃ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas
- 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?
- O₁ Oui O₂ Non O₃ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas
- f) Avez-vous déjà trouvé que les soins à domicile coûtent trop cher?
- O₁ Oui O₂ Non O₃ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas
- g) Avez-vous rencontré d'autres difficultés?
- O₁ Oui O₂ Non O₃ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

À PROPOS DE VOUS

35. En général, diriez-vous que votre santé est ...
- O₁ Excellente O₂ Très bonne O₃ Bonne O₄ Passable O₅ Mauvaise
36. En général, diriez-vous que votre santé mentale ou émotionnelle est ...
- O₁ Excellente O₂ Très bonne O₃ Bonne O₄ Passable O₅ Mauvaise
37. Un médecin ou tout autre professionnel de la santé vous-a-t-il déjà diagnostiqué ou traité pour un ou plusieurs des problèmes de santé chroniques suivants? Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent :
- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> O ₁ Arthrite | <input type="radio"/> O ₉ Accident vasculaire cérébral (AVC) |
| <input type="radio"/> O ₂ Asthme | <input type="radio"/> O ₁₀ Haute pression ou hypertension |
| <input type="radio"/> O ₃ Emphysème ou MPOC (maladie pulmonaire obstructive chronique) | <input type="radio"/> O ₁₁ Trouble de l'humeur autre que la dépression, tel que le trouble bipolaire, la manie, la psychose maniaco-dépressive ou la dysthymie |
| <input type="radio"/> O ₄ Douleur chronique | <input type="radio"/> O ₁₂ Reflux gastrique (ou RGO) |
| <input type="radio"/> O ₅ Cancer | <input type="radio"/> O ₁₃ La maladie d'Alzheimer |
| <input type="radio"/> O ₆ Diabète | <input type="radio"/> O ₁₄ Démence |
| <input type="radio"/> O ₇ Dépression | <input type="radio"/> O ₁₅ Autre (veuillez préciser : _____) |
| <input type="radio"/> O ₈ Maladie cardiaque | |
38. À quel point êtes-vous confiant(e) par rapport au contrôle et à la gestion de votre état de santé?
- O₁ Très confiant(e) O₂ Confiant(e) O₃ Pas très confiant(e) O₄ Pas du tout confiant(e)
 O₅ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

39. Y-a-t-il autre chose qui aurait pu être fait pour vous aider à rester à la maison?

- O₁ Oui, veuillez préciser : _____

- O₂ Non
- O₃ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

40. Vivez-vous seul?

- O₁ Oui O₂ Non O₃ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

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

- O₁ 8^e année ou moins O₄ Diplôme ou certificat d'un collège, d'une école de métier ou d'une école technique
- O₂ École secondaire, mais je n'ai pas reçu mon diplôme O₅ Diplôme universitaire de premier cycle
- O₃ École secondaire ou test d'équivalence d'études secondaires O₆ Diplôme universitaire de deuxième cycle ou études supérieures

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

- O₁ Français O₃ Premières nations, Amérindien, Métis ou Inuit
- O₂ Anglais O₄ Autre : _____

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

- O₁ Oui O₂ Non O₃ Préfère ne pas répondre

44. Veuillez indiquer si l'année passée, c'est-à-dire en 2014, le revenu total de votre ménage avant impôts était dans une des 3 catégories suivantes :

- O₁ Moins de 25 000\$
- O₂ 25 000\$ à moins de 60 000\$
- O₃ 60 000\$ ou plus
- O₄ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas
- O₅ Préfère ne pas répondre

45. Souhaitez-vous ajouter autre chose concernant vos soins à domicile, ou avez-vous des suggestions pour améliorer l'expérience vécue?

**Merci d'avoir pris le temps de compléter ce sondage! Votre participation est grandement appréciée.
Veuillez utiliser l'enveloppe prépayée ci-jointe pour retourner ce questionnaire à :**

IPSOS REID
101-133 PRINCE WILLIAM STREET
SAINT JOHN, NB E2L 2B5