



SONDAGE SUR LES SOINS À DOMICILE AU NOUVEAU-BRUNSWICK

Pour les soins à domicile reçus du Programme extra-mural

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 services de soins de santé offerts par une infirmière immatriculée, une infirmière auxiliaire autorisée, un travailleur social, un physiothérapeute, un ergothérapeute, un orthophoniste, un thérapeute respiratoire, un diététiste, ou un assistant à la réadaptation.

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

- O₁ Au sujet de votre propre expérience avec des soins à domicile
- O₂ Au nom d'un enfant
- O₃ Au nom d'un adulte

Si le client recevant les soins à domicile reçoit également des services à l'école, veuillez noter que les questions de ce sondage ne concernent que les services reçus à domicile. Si le client reçoit les services à l'école seulement, veuillez remplir le cercle ci-dessous et faire parvenir ce questionnaire par la poste en utilisant l'enveloppe prépayée ci-jointe.

- O₁ Ce client reçoit des services du Programme extra-mural à l'école seulement

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

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> O ₁ Infirmière | <input type="radio"/> O ₆ Travailleur social |
| <input type="radio"/> O ₂ Physiothérapeute | <input type="radio"/> O ₇ Diététiste |
| <input type="radio"/> O ₃ Ergothérapeute | <input type="radio"/> O ₈ Assistant à la réadaptation |
| <input type="radio"/> O ₄ Orthophoniste | <input type="radio"/> O ₉ Autre (veuillez préciser : _____) |
| <input type="radio"/> O ₅ Thérapeute respiratoire (inhalothérapeute) | |

En répondant aux questions de ce sondage, veuillez seulement penser aux soins à domicile reçus de ces professionnels de la santé.

4. Avant de commencer à recevoir des soins à domicile, est-ce que cela a été facile ou difficile d'obtenir des renseignements sur les services du Programme extra-mural?

- O₁ Très facile
- O₂ Facile
- O₃ Difficile
- O₄ Très difficile
- O₅ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

5. **Est-ce que les services du Programme extra-mural ont commencé dès que vous pensiez en avoir besoin?**
 O₁ Oui O₂ Non O₃ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas
6. **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?**
 O₁ Français O₂ Anglais O₃ Aucune préférence
7. **Quand vous avez commencé à recevoir des services du Programme extra-mural, est-ce que quelqu'un de ce programme vous a offert les soins à domicile dans la langue officielle (français ou anglais) de votre choix?**
 O₁ Oui O₂ Non O₃ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas
8. **Est-ce que quelqu'un du programme vous a dit quel genre de soins ou de services vous alliez recevoir?**
 O₁ Oui O₂ Non O₃ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas
9. **Est-ce que quelqu'un du programme vous a expliqué comment adapter votre maison pour vous déplacer de façon sécuritaire?**
 O₁ Oui O₂ Non O₃ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas
10. **Quand vous avez commencé à recevoir des services du Programme extra-mural, est-ce que quelqu'un du programme vous a parlé de tous les médicaments sur ordonnance (prescription) et en vente libre (sans prescription) que vous preniez?**
 O₁ Oui O₂ Non O₃ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas
11. **Est-ce que quelqu'un du programme a demandé de voir tous les médicaments sur ordonnance (prescription) et en vente libre (sans prescription) que vous preniez?**
 O₁ Oui O₂ Non O₃ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas
12. **Pendant les 2 derniers mois, avez-vous eu des services du Programme extra-mural par l'une ou l'autre des façons suivantes? Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent :**
 O₁ Services reçus lors de visites à la maison
 O₂ Services reçus par téléphone
 O₃ Autres formes de services (veuillez préciser : _____)
13. **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?**
 O₁ Oui
 O₂ Non → Allez à la question 16
 O₃ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas → Allez à la question 16
14. **Pendant les 2 derniers mois, qui vous a le plus aidé en vous donnant des soins à domicile?**
 O₁ Mari, femme ou conjoint de fait O₆ Un ami
 O₂ Mère ou père O₇ Un bénévole
 O₃ Fils ou fille O₈ Autre (veuillez préciser : _____)
 O₄ Petit-fils ou petite-fille O₉ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas
 O₅ Un autre membre de la famille
15. **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?**
 O₁ À tous les jours O₅ Une fois par mois
 O₂ Quelques fois par semaine O₆ Seulement une fois dans les derniers deux mois
 O₃ Une fois par semaine O₇ Autre (veuillez préciser : _____)
 O₄ Deux ou trois fois par mois O₈ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

Les prochaines questions concernent les professionnels du Programme extra-mural 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'autres programmes ou agences. 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.

16. Avez-vous eu des services du Programme extra-mural de plus d'une personne pendant les 2 derniers mois?
- O₁ Oui O₂ Non → Allez à la question 19 O₃ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas → Allez à la question 19
17. Pendant les 2 derniers mois, combien de fois les professionnels du Programme extra-mural semblaient-ils avoir des connaissances à jour sur tous les soins ou traitements que vous receviez à la maison?
- O₁ Jamais O₂ Parfois O₃ Habituellement O₄ Toujours
 O₅ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas
18. Pendant les 2 derniers mois, combien de fois avez-vous reçu des renseignements contradictoires de la part de différents professionnels du Programme extra-mural?
- O₁ Jamais O₂ Parfois O₃ Habituellement O₄ Toujours
 O₅ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas
19. Pendant les 2 derniers mois, est-ce que vous et un professionnel du Programme extra-mural avez discuté de la douleur?
- O₁ Oui O₂ Non O₃ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas
20. Pendant les 2 derniers mois, avez-vous pris de nouveaux médicaments sur ordonnance (prescription) ou changé les médicaments que vous preniez?
- O₁ Oui O₂ Non → Allez à la question 24 O₃ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas → Allez à la question 24
21. Pendant les 2 derniers mois, 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 sur ordonnance (prescription)?
- O₁ Oui O₂ Non O₃ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas
22. Pendant les 2 derniers mois, est-ce que les professionnels du Programme extra-mural ont discuté avec vous à savoir quand il fallait prendre ces médicaments?
- O₁ Oui O₂ Non O₃ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas
23. Pendant les 2 derniers mois, est-ce que les professionnels du Programme extra-mural ont discuté avec vous des effets secondaires de ces médicaments?
- O₁ Oui O₂ Non O₃ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas
24. Pendant les 2 derniers mois, combien de fois les professionnels du Programme extra-mural vous ont-ils dit quand ils viendraient vous voir à la maison?
- O₁ Jamais O₂ Parfois O₃ Habituellement O₄ Toujours
 O₅ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas
25. Pendant les 2 derniers mois, combien de temps avez-vous passé avec les professionnels du Programme extra-mural pour chaque visite (en moyenne)?
- O₁ Moins de 30 minutes
 O₂ De 30 minutes à moins d'une heure
 O₃ D'une heure à moins de 2 heures
 O₄ De 2 heures à moins de 3 heures
 O₅ 3 heures ou plus
 O₆ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

26. Pendant les 2 derniers mois, combien de fois les professionnels du Programme extra-mural vous-ont-ils ...

a) 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) 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) Écoulé 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) 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

27. Pendant les 2 derniers mois, combien de fois avez-vous obtenu les services du Programme extra-mural 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

28. 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 2 derniers mois?

Pires soins de santé à domicile possible											Meilleurs soins de santé à domicile possible
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<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"/>

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

29. Pendant les 2 derniers mois, avez-vous contacté le bureau du Programme extra-mural pour obtenir de l'aide ou des conseils?

- ₁ Oui ₂ Non → Allez à la question 32 ₃ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas → Allez à la question 32

30. 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 → Allez à la question 32 ₃ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas → Allez à la question 32

31. 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?

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

- 32. Pendant les 2 derniers mois, avez-vous eu des problèmes avec les soins que vous avez reçus de la part du programme?**
- O₁ Oui O₂ Non O₃ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas
- 33. Pendant les 2 derniers mois, avez-vous eu des problèmes avec les professionnels du programme?**
- O₁ Oui O₂ Non O₃ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas
- 34. 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
- 35. Est-ce que vous recommanderiez ce programme aux membres de votre famille ou à des amis s'ils avaient besoin de soins de santé à domicile?**
- O₁ Certainement pas O₂ Probablement pas O₃ Probablement O₄ Certainement
 O₅ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas
- 36. Veuillez indiquer jusqu'à quel point vous êtes d'accord ou en désaccord avec les énoncés suivants :**
- a) Les professionnels du programme m'ont donné la chance d'établir mes buts et priorités.**
- 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
- b) Les professionnels du programme m'ont donné les renseignements que j'avais besoin pour que je puisse m'occuper de moi-même.**
- 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
- c) Les professionnels du programme m'ont tenu au courant de mes progrès.**
- 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
- d) Les professionnels du programme et moi avons discuté 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
- 37. Est-ce que les professionnels du programme 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
- 38. Veuillez indiquer jusqu'à quel point 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
- 39. Depuis combien de temps recevez-vous des services du Programme extra-mural?**
- O₁ 2 mois ou moins
 O₂ Plus de 2 mois mais moins de 6 mois
 O₃ Plus de 6 mois mais moins d'une année
 O₄ Plus d'une année
 O₅ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

40. Pendant les 2 derniers mois, combien de fois, en moyenne, avez-vous reçu des services du Programme extra-mural?

- 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 Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas
₄ Deux ou trois fois par mois

41. Quel est votre niveau de satisfaction par rapport au nombre de fois que vous avez reçu des services du Programme extra-mural pendant les 2 derniers mois?

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

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

- ₁ Oui ₂ Non → Allez à la question 44 ₃ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas → Allez à la question 44

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

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

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

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

45. Est-ce que vous ou un membre de votre famille croyez que vous avez souffert en raison d'une erreur ou d'une faute commise suite à des services du Programme extra-mural?

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

Si oui, 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 du Programme extra-mural.

46. 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 services du Programme extra-mural?

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas
Combien de fois? _____

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

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

48. Veuillez indiquer si vous avez fait face aux expériences suivantes en obtenant les services du Programme extra-mural dont vous aviez besoin:

a) Avez-vous déjà eu des problèmes à obtenir les renseignements dont vous aviez besoin concernant les soins à domicile?

- ₁ Oui ₂ Non ₃ 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 les professionnels de soins à domicile?

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

c) Est-il arrivé que les professionnels de soins à domicile n'aient 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 services du Programme extra-mural 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 services du Programme extra-mural mais qu'il y avait soit des limites ou des réductions dans la durée du service ou le nombre d'heures offertes?

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

f) 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

49. En général, diriez-vous que votre santé est ...

- O₁ Excellente O₂ Très bonne O₃ Bonne O₄ Passable O₅ Mauvaise

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

- O₁ Excellente O₂ Très bonne O₃ Bonne O₄ Passable O₅ Mauvaise

51. 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 maniacodépressive 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 | |

52. 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

53. 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

