



## Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick

Engager. Évaluer. Informer. Recommander.

### SONDAGE SUR LES SOINS À DOMICILE AU NOUVEAU-BRUNSWICK

Pour les soins à domicile reçus du Programme extra-mural

#### **INSTRUCTIONS:**

Veillez **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 ...**

- O<sub>1</sub> Au sujet de votre propre expérience avec des soins à domicile
- O<sub>2</sub> Au nom d'un enfant
- O<sub>3</sub> 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.

- O<sub>1</sub> 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.**

- O<sub>1</sub> Nous allons remplir le sondage ensemble
- O<sub>2</sub> Je vais répondre à toutes les questions au nom du client
- O<sub>3</sub> 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 <sub>1</sub> Infirmière                                 | <input type="radio"/> O <sub>6</sub> Travailleur social                |
| <input type="radio"/> O <sub>2</sub> Physiothérapeute                           | <input type="radio"/> O <sub>7</sub> Diététiste                        |
| <input type="radio"/> O <sub>3</sub> Ergothérapeute                             | <input type="radio"/> O <sub>8</sub> Assistant à la réadaptation       |
| <input type="radio"/> O <sub>4</sub> Orthophoniste                              | <input type="radio"/> O <sub>9</sub> Autre (veuillez préciser : _____) |
| <input type="radio"/> O <sub>5</sub> 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?**

- O<sub>1</sub> Très facile
- O<sub>2</sub> Facile
- O<sub>3</sub> Difficile
- O<sub>4</sub> Très difficile
- O<sub>5</sub> 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?**  
 O<sub>1</sub> Oui                       O<sub>2</sub> Non                       O<sub>3</sub> 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?**  
 O<sub>1</sub> Français                       O<sub>2</sub> Anglais                       O<sub>3</sub> 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?**  
 O<sub>1</sub> Oui                       O<sub>2</sub> Non                       O<sub>3</sub> 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?**  
 O<sub>1</sub> Oui                       O<sub>2</sub> Non                       O<sub>3</sub> 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?**  
 O<sub>1</sub> Oui                       O<sub>2</sub> Non                       O<sub>3</sub> 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?**  
 O<sub>1</sub> Oui                       O<sub>2</sub> Non                       O<sub>3</sub> 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?**  
 O<sub>1</sub> Oui                       O<sub>2</sub> Non                       O<sub>3</sub> 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 :**
- O<sub>1</sub> Visites à la maison
  - O<sub>2</sub> Par téléphone
  - O<sub>3</sub> Par courriel
  - O<sub>4</sub> Un dispositif à distance qui peut mesurer le rythme cardiaque, la pression artérielle, le niveau d'oxygène, la température ou le poids.
  - O<sub>5</sub> 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?**
- O<sub>1</sub> Oui
  - O<sub>2</sub> Non → Allez à la question 16
  - O<sub>3</sub> 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?**
- O<sub>1</sub> Mari, femme ou conjoint de fait                       O<sub>6</sub> Un ami
  - O<sub>2</sub> Mère ou père                       O<sub>7</sub> Un bénévole
  - O<sub>3</sub> Fils ou fille                       O<sub>8</sub> Autre (veuillez préciser : \_\_\_\_\_)
  - O<sub>4</sub> Petit-fils ou petite-fille                       O<sub>9</sub> Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas
  - O<sub>5</sub> 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?**
- O<sub>1</sub> À tous les jours                       O<sub>5</sub> Une fois par mois
  - O<sub>2</sub> Quelques fois par semaine                       O<sub>6</sub> Seulement une fois dans les derniers deux mois
  - O<sub>3</sub> Une fois par semaine                       O<sub>7</sub> Autre (veuillez préciser : \_\_\_\_\_)
  - O<sub>4</sub> Deux ou trois fois par mois                       O<sub>8</sub> 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?
- O<sub>1</sub> Oui  
 O<sub>2</sub> Non → Allez à la question 19  
 O<sub>3</sub> 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?
- O<sub>1</sub> Jamais                       O<sub>2</sub> Parfois                       O<sub>3</sub> Habituellement                       O<sub>4</sub> Toujours  
 O<sub>5</sub> 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?
- O<sub>1</sub> Jamais                       O<sub>2</sub> Parfois                       O<sub>3</sub> Habituellement                       O<sub>4</sub> Toujours  
 O<sub>5</sub> 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?
- O<sub>1</sub> Oui                       O<sub>2</sub> Non                       O<sub>3</sub> 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?
- O<sub>1</sub> Oui  
 O<sub>2</sub> Non → Allez à la question 24  
 O<sub>3</sub> 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)?
- O<sub>1</sub> Oui                       O<sub>2</sub> Non                       O<sub>3</sub> 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?
- O<sub>1</sub> Oui                       O<sub>2</sub> Non                       O<sub>3</sub> 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?
- O<sub>1</sub> Oui                       O<sub>2</sub> Non                       O<sub>3</sub> 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?
- O<sub>1</sub> Jamais                       O<sub>2</sub> Parfois                       O<sub>3</sub> Habituellement                       O<sub>4</sub> Toujours  
 O<sub>5</sub> 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)?
- O<sub>1</sub> Moins de 30 minutes  
 O<sub>2</sub> De 30 minutes à moins d'une heure  
 O<sub>3</sub> D'une heure à moins de 2 heures  
 O<sub>4</sub> 2 heures ou plus  
 O<sub>5</sub> 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?

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

b) Donné des explications qui étaient faciles à comprendre?

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

c) Écoulé attentivement ce que vous aviez à dire?

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

d) Traité avec courtoisie et respect?

- <sub>1</sub> Jamais                      <sub>2</sub> Parfois                      <sub>3</sub> Habituellement                      <sub>4</sub> Toujours  
<sub>5</sub> 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?

- <sub>1</sub> Jamais                      <sub>2</sub> Parfois                      <sub>3</sub> Habituellement                      <sub>4</sub> Toujours  
<sub>5</sub> 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	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Meilleurs soins de santé à domicile possible
	<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?

- <sub>1</sub> Oui  
<sub>2</sub> Non → Allez à la question 32  
<sub>3</sub> 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?

- <sub>1</sub> Oui  
<sub>2</sub> Non → Allez à la question 32  
<sub>3</sub> 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?

- <sub>1</sub> En moins de quelques heures  
<sub>2</sub> Le jour même (mais plus que quelques heures)  
<sub>3</sub> 1 à 5 jours  
<sub>4</sub> 6 à 14 jours  
<sub>5</sub> 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?**

- O<sub>1</sub> Oui       O<sub>2</sub> Non       O<sub>3</sub> 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?**

- O<sub>1</sub> Oui       O<sub>2</sub> Non       O<sub>3</sub> 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?**

- O<sub>1</sub> Oui       O<sub>2</sub> Non       O<sub>3</sub> 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?**

- O<sub>1</sub> Certainement pas       O<sub>2</sub> Probablement pas       O<sub>3</sub> Probablement       O<sub>4</sub> Certainement  
 O<sub>5</sub> 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.**

- O<sub>1</sub> Fortement en désaccord       O<sub>2</sub> En désaccord       O<sub>3</sub> Neutre       O<sub>4</sub> D'accord       O<sub>5</sub> Fortement d'accord  
 O<sub>5</sub> 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.**

- O<sub>1</sub> Fortement en désaccord       O<sub>2</sub> En désaccord       O<sub>3</sub> Neutre       O<sub>4</sub> D'accord       O<sub>5</sub> Fortement d'accord  
 O<sub>5</sub> 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.**

- O<sub>1</sub> Fortement en désaccord       O<sub>2</sub> En désaccord       O<sub>3</sub> Neutre       O<sub>4</sub> D'accord       O<sub>5</sub> Fortement d'accord  
 O<sub>5</sub> 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.**

- O<sub>1</sub> Fortement en désaccord       O<sub>2</sub> En désaccord       O<sub>3</sub> Neutre       O<sub>4</sub> D'accord       O<sub>5</sub> Fortement d'accord  
 O<sub>5</sub> 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?**

- O<sub>1</sub> Oui       O<sub>2</sub> Non       O<sub>3</sub> 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.**

- O<sub>1</sub> Fortement en désaccord       O<sub>2</sub> En désaccord       O<sub>3</sub> Neutre       O<sub>4</sub> D'accord       O<sub>5</sub> Fortement d'accord  
 O<sub>6</sub> 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?**

- O<sub>1</sub> 2 mois ou moins  
 O<sub>2</sub> Plus de 2 mois mais moins de 6 mois  
 O<sub>3</sub> Plus de 6 mois mais moins d'une année  
 O<sub>4</sub> Plus d'une année mais moins de 2 années  
 O<sub>5</sub> Plus de 2 années mais moins de 3 années  
 O<sub>6</sub> Plus de 3 années  
 O<sub>7</sub> Je commence ce programme, je n'ai pas encore reçu de services  
 O<sub>8</sub> 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?
- <sub>1</sub> À tous les jours                      <sub>5</sub> Une fois par mois  
<sub>2</sub> Quelques fois par semaine            <sub>6</sub> Seulement une fois dans les derniers deux mois  
<sub>3</sub> Une fois par semaine                   <sub>7</sub> Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas  
<sub>4</sub> 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?
- <sub>1</sub> Très satisfait            <sub>2</sub> Satisfait            <sub>3</sub> Ni satisfait, ni insatisfait            <sub>4</sub> Insatisfait            <sub>5</sub> Très insatisfait  
<sub>6</sub> 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?
- <sub>1</sub> Oui  
<sub>2</sub> Non → Allez à la question 44  
<sub>3</sub> 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?
- <sub>1</sub> Oui                      <sub>2</sub> Non                      <sub>3</sub> 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?
- <sub>1</sub> Oui                      <sub>2</sub> Non                      <sub>3</sub> 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?
- <sub>1</sub> Oui                      <sub>2</sub> Non                      <sub>3</sub> 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. a) Avez-vous été admis à l'hôpital durant la période où vous receviez des services du Programme extra-mural?
- <sub>1</sub> Oui                      <sub>2</sub> Non                      <sub>3</sub> Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas  
Combien de fois? \_\_\_\_\_
- b) Avez-vous dû vous rendre dans une salle d'urgence de l'hôpital durant la période où vous receviez des services du Programme extra-mural?
- <sub>1</sub> Oui                      <sub>2</sub> Non                      <sub>3</sub> 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?
- <sub>1</sub> Oui                      <sub>2</sub> Non                      <sub>3</sub> 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?**

O<sub>1</sub> Oui                       O<sub>2</sub> Non                       O<sub>3</sub> 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?**

O<sub>1</sub> Oui                       O<sub>2</sub> Non                       O<sub>3</sub> 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?**

O<sub>1</sub> Oui                       O<sub>2</sub> Non                       O<sub>3</sub> 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?**

O<sub>1</sub> Oui                       O<sub>2</sub> Non                       O<sub>3</sub> 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?**

O<sub>1</sub> Oui                       O<sub>2</sub> Non                       O<sub>3</sub> Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

## À PROPOS DE VOUS

Si vous remplissez ce sondage pour un client, veuillez noter que les questions dans cette section s'adressent au client qui reçoit les services à domicile.

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

O<sub>1</sub> Excellente                       O<sub>2</sub> Très bonne                       O<sub>3</sub> Bonne                       O<sub>4</sub> Passable                       O<sub>5</sub> Mauvaise

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

O<sub>1</sub> Excellente                       O<sub>2</sub> Très bonne                       O<sub>3</sub> Bonne                       O<sub>4</sub> Passable                       O<sub>5</sub> 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 <sub>01</sub> Arthrite   | <input type="radio"/> O <sub>09</sub> Accident vasculaire cérébral (AVC)   |
| <input type="radio"/> O <sub>02</sub> Asthme   | <input type="radio"/> O <sub>10</sub> Haute pression ou hypertension   |
| <input type="radio"/> O <sub>03</sub> Emphysème ou MPOC (maladie pulmonaire obstructive chronique) | <input type="radio"/> O <sub>11</sub> 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 <sub>04</sub> Douleur chronique  | <input type="radio"/> O <sub>12</sub> Reflux gastrique (ou RGO)  |
| <input type="radio"/> O <sub>05</sub> Cancer   | <input type="radio"/> O <sub>13</sub> La maladie d'Alzheimer   |
| <input type="radio"/> O <sub>06</sub> Diabète  | <input type="radio"/> O <sub>14</sub> Démence  |
| <input type="radio"/> O <sub>07</sub> Dépression   | <input type="radio"/> O <sub>15</sub> Anxiété  |
| <input type="radio"/> O <sub>08</sub> Maladie cardiaque  | <input type="radio"/> O <sub>16</sub> Taux élevé de cholestérol  |
| <input type="radio"/> O <sub>17</sub> Autre (veuillez préciser : _____)                            |  |

**52. À quel point êtes-vous confiant(e) par rapport au contrôle et à la gestion de votre état de santé?**

O<sub>1</sub> Très confiant(e)                       O<sub>2</sub> Confiant(e)                       O<sub>3</sub> Pas très confiant(e)                       O<sub>4</sub> Pas du tout confiant(e)  
 O<sub>5</sub> 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?**

- O<sub>1</sub> Oui, veuillez préciser : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- O<sub>2</sub> Non  
 O<sub>3</sub> Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas

**54. Vivez-vous seul?**

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

*En guise de rappel, si vous remplissez ce sondage pour un client, veuillez noter que les questions dans cette section s'adressent au client qui reçoit les services à domicile.*

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

- O<sub>1</sub> 8<sup>e</sup> année ou moins                       O<sub>4</sub> Diplôme ou certificat d'un collège, d'une école de métier ou d'une école technique  
 O<sub>2</sub> École secondaire, mais je n'ai pas reçu mon diplôme                       O<sub>5</sub> Diplôme universitaire de premier cycle  
 O<sub>3</sub> École secondaire ou test d'équivalence d'études secondaires                       O<sub>6</sub> Diplôme universitaire de deuxième cycle ou études supérieures

**56. Quelle langue parlez-vous principalement à la maison?**

- O<sub>1</sub> Français                       O<sub>3</sub> Le français et l'anglais également  
 O<sub>2</sub> Anglais                       O<sub>4</sub> Autre : \_\_\_\_\_

**57. Êtes-vous Autochtone, c'est-à-dire Indien d'Amérique du Nord ou Premières Nations, Métis ou Inuk/Inuit?**

- O<sub>1</sub> Oui                       O<sub>2</sub> Non                       O<sub>3</sub> Préfère ne pas répondre

**58. Veuillez indiquer si l'année passée, c'est-à-dire en 2017, le revenu total de votre ménage avant impôts était dans une des 3 catégories suivantes :**

- O<sub>1</sub> Moins de 25 000\$  
 O<sub>2</sub> 25 000\$ à moins de 60 000\$  
 O<sub>3</sub> 60 000\$ ou plus  
 O<sub>4</sub> Je ne sais pas / Je ne me souviens pas / Ne s'applique pas  
 O<sub>5</sub> Préfère ne pas répondre

**59. Souhaitez-vous ajouter autre chose concernant les soins à domicile que vous avez reçus de la part du Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick, 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 :**

**Prairie Research Associates Inc.  
500 – 363 Broadway  
Winnipeg, MB R3C 3N9**