

## Sondage de l'expérience des clients des Soins à domicile et en milieu communautaire

Ce sondage nous permettra de mieux comprendre votre expérience en tant que client de soins à domicile et à cerner les domaines où des améliorations sont possibles. Il vous faudra environ 20 minutes pour répondre à ce questionnaire. L'information recueillie demeurera confidentielle et votre participation est facultative. Vos réponses n'auront aucune incidence sur les services de soins à domicile que vous recevez actuellement ou que vous pourriez recevoir à l'avenir.

Veillez noter que ce sondage emploie le terme « *personnel* » pour désigner le(la) coordonnateur(trice) de soins du réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) qui organise votre plan de soins, ainsi que tout(e) coordonnateur(trice) d'agence et tout(e) prestataire(trice) qui fournissent des services chez vous.

### Directives :

- Avec un **stylo noir** ou **bleu**, veuillez mettre une croix « X » ☒ clairement dans la case décrivant le mieux votre expérience.
- Si vous faites une erreur, simplement rayez l'erreur ☒ et mettez la croix « X » ☒ dans la bonne case.
- Si vous ne pouvez pas, ou ne voulez pas répondre à une question, veuillez laisser le champ vide et passez à la question suivante.
- Prière **DE NE PAS** écrire votre nom, ni votre adresse, ni les noms des membres du personnel sur le questionnaire.
- Lorsque vous aurez rempli le questionnaire, veuillez le retourner dans l'enveloppe préaffranchie fournie à cette fin.

***Nous vous remercions pour le temps consacré.***

### BESOIN D'AIDE SUPPLÉMENTAIRE ?

Si vous avez besoin d'aide à remplir ce questionnaire, ***ou si vous souhaitez répondre au sondage en ligne, ou par téléphone***, veuillez appeler la ligne d'assistance téléphonique du sondage au < insérez le numéro >, ou envoyez-nous un courriel à < insérez l'adresse courriel >.

### ***La planification de vos soins à domicile...***

En pensant aux services de Soins à domicile et en milieu communautaire que vous recevez du personnel de soins à domicile, veuillez répondre aux questions qui suivent au sujet de votre expérience lors de la planification de vos soins à domicile.

1. Lorsque vous avez commencé à recevoir des soins à domicile, vous a-t-on expliqué quels soins et services vous allez recevoir ?
  - Oui
  - Non
  - Je ne sais pas./Je ne m'en souviens pas.
  
2. Est-ce qu'on vous a demandé dans quelle langue vous vouliez recevoir vos services de soins à domicile ?
  - Oui
  - Non
  - Je ne sais pas./Je ne m'en souviens pas.
  
3. Étiez-vous impliqué(e) dans la planification de vos soins à domicile autant que vous le vouliez ?
  - Pas du tout
  - Quelque peu
  - En grande partie
  - Tout à fait
  - Je ne voulais pas être impliqué(e).
  - Je ne sais pas. /Je ne m'en souviens pas.
  
4. Le personnel a-t-il impliqué votre famille ou aidant(e) naturel(le) dans la planification de vos soins à domicile ?
  - Pas du tout
  - Quelque peu
  - En grande partie
  - Tout à fait
  - Je n'ai pas de famille ni d'aidant(e) naturel(le).
  - Je ne voulais pas que ma famille ou mon aidant(e) naturel(le) soit impliqué(e).
  - Je ne sais pas./Je ne m'en souviens pas.
  
5. Vos valeurs, identité(s), préférence(s) linguistique(s) et culture ont-elles été prises en compte lors de la planification de vos soins à domicile ?
  - Pas du tout
  - Quelque peu
  - En grande partie
  - Tout à fait
  - Je ne sais pas./Je ne m'en souviens pas.
  
6. Vos soins à domicile ont-ils commencé quand vous en aviez besoin ?
  - Oui
  - Non
  - Je ne sais pas./Je ne m'en souviens pas.

### ***L'accès aux soins à domicile...***

Veillez répondre aux questions suivantes concernant votre expérience actuelle avec l'accès aux services de Soins à domicile et en milieu communautaire, ainsi que dans quelle mesure le personnel répond à vos besoins.

7. Comprenez-vous quels services de soins à domiciles vous devriez recevoir ?
  - Pas du tout
  - Quelque peu
  - En grande partie
  - Tout à fait
  
8. Avez-vous tous les fournitures et les équipements nécessaires pour que vous puissiez continuer à demeurer chez vous (p. ex. marchette, fournitures pour incontinence, etc.) ?
  - Sans objet/Je n'ai pas besoin de fournitures ni d'équipements.
  - Oui, j'ai tous les fournitures et les équipements nécessaires.
  - Il me manque des fournitures et des équipements importants et je ne sais pas comment les obtenir.
  - Il me manque des fournitures et des équipements importants, car je n'ai pas les moyens de les payer.
  - Il me manque des fournitures et des équipements importants pour d'autres raisons.
  
9. Les genres de services de soins à domicile que vous recevez, correspondent-ils à vos besoins ?
  - Pas du tout
  - Quelque peu
  - En grande partie
  - Tout à fait
  
10. Recevez-vous suffisamment d'heures de soins à domicile ?
  - Il m'en faut beaucoup plus.
  - Il m'en faut un peu plus.
  - J'en reçois assez.
  - J'en reçois plus qu'assez.
  
11. Les visites à domicile sont-elles organisées à une heure qui vous convient ?
  - Jamais
  - Parfois
  - Habituellement
  - Toujours
  
12. Êtes-vous capable d'ajuster vos services de soins à domicile si vous en avez besoin ?
  - Sans objet/Mes besoins n'ont pas changé.
  - Jamais
  - Parfois
  - Habituellement
  - Toujours

13. À tout moment, si vous aviez besoin de soutiens supplémentaires, un membre du personnel vous a-t-il dirigé(e) vers d'autres services (p. ex. services de transport, programmes de jour, Popote roulante) qui vous ont été utiles ?
- Sans objet/Je n'ai pas eu besoin de soutiens supplémentaires.
  - Oui, on m'a mis(e) en contact avec suffisamment de services pertinents.
  - Oui, on m'a mis(e) en contact avec des services, mais ils n'étaient pas pertinents à mes besoins.
  - Oui, on m'a mis(e) en contact avec des services pertinents, mais il m'en fallait d'autres.
  - Oui, on m'a mis(e) en contact avec des services, mais je les ai refusés.
  - Non, je n'ai pas été mis(e) en contact avec d'autres services.
  - Je ne sais pas./Je ne m'en souviens pas.
14. Quelles sont les aides **supplémentaires** dont vous avez besoin (y compris les services de soins à domiciles actuels, ainsi que des services supplémentaires qui ne sont pas financés) ? **Veillez sélectionner tout ce qui s'applique.**
- Sans objet/Je n'ai pas besoin d'aide supplémentaire.
  - Soutien à la personne (p. ex. déplacement et hygiène personnelle, tel que l'utilisation des toilettes, l'habillement ou l'aide au bain)
  - Soins infirmiers et traitements médicaux (p. ex. gestion des médicaments, traitement des plaies, etc.)
  - Physiothérapie
  - Autres thérapies professionnelles (p. ex. d'orthophonie, de déglutition, ergothérapie, services de conseil, etc.)
  - Visites sociales et/ou activités de loisir
  - Transport (p. ex. se rendre aux rendez-vous, modifications au véhicule, taxis, stationnement pour les rendez-vous médicaux, etc.)
  - Entretien ménager et la lessive
  - Préparation des repas (p. ex. la cuisine)
  - Faire l'épicerie et le magasinage pour d'autres produits de première nécessité.
  - Autres services de soutien à domicile qui ne sont pas mentionnés ci-dessus.
15. Au cours de l'année dernière, quels sont les services pour lesquels vous, ou votre famille, avez payé vous-même ? **Veillez sélectionner tout ce qui s'applique.**
- Sans objet/Je n'ai pas à payer mes services de soins à domicile.
  - Équipements de soins à domicile (p. ex. barre de douche, lit d'hôpital, marchette, etc.)
  - Modifications au domicile et/ou installation des équipements (p. ex. rampe pour fauteuil roulant, barres d'appui, etc.)
  - Soutien à la personne (p. ex. déplacement et hygiène personnelle, tel que l'utilisation des toilettes, l'habillement ou l'aide au bain)
  - Soins infirmiers et traitements médicaux (p. ex. gestion des médicaments, traitement des plaies, etc.)
  - Physiothérapie
  - Autres thérapies professionnelles (p. ex. d'orthophonie, de déglutition, ergothérapie, services de conseil, etc.)
  - Transport (p. ex. se rendre aux rendez-vous, modifications au véhicule, taxis, stationnement pour les rendez-vous médicaux, etc.)
  - Entretien ménager et la lessive
  - Préparation des repas (p. ex. la cuisine)
  - Faire l'épicerie et le magasinage pour d'autres produits de première nécessité.
  - Je n'ai pas les moyens pour payer des services supplémentaires.
  - Autres services de soutien à domicile qui ne sont pas mentionnés ci-dessus.

### ***La Communication...***

***Les questions suivantes portent sur votre expérience de communication avec le personnel.***

16. Les membres du personnel se présentent-ils et vous expliquent-ils leur rôle dans vos soins à domicile ?
- Jamais
  - Parfois
  - Habituellement
  - Toujours
  - Je ne sais pas./Je ne m'en souviens pas.
17. Le personnel vous écoute-t-il attentivement ?
- Jamais
  - Parfois
  - Habituellement
  - Toujours
18. Communiquez-vous avec le personnel dans la langue dans laquelle vous vous sentez le plus à l'aise ?
- Jamais
  - Parfois
  - Habituellement
  - Toujours
19. Le personnel vous donne-t-il des explications qui sont faciles à comprendre ?
- Jamais
  - Parfois
  - Habituellement
  - Toujours
20. Si vous étiez **incapable** de comprendre ce que le personnel vous a dit, était-ce pour l'une des raisons suivantes ?  
**Veillez sélectionner tout ce qui s'applique.**
- Barrière linguistique
  - Usage du jargon ou de mots techniques
  - Parler trop vite
  - Ne pas écouter ou ne pas prêter attention
  - Autres raisons, qui ne sont pas mentionnées ci-dessus.
  - Sans objet/Je n'ai aucune difficulté de compréhensions.
21. Y a-t-il quelqu'un de fiable pour répondre à vos questions ou à vos problèmes liés aux soins à domicile ?
- Jamais
  - Parfois
  - Habituellement
  - Toujours
  - Sans objet/Je n'ai eu aucune question à poser.
22. Y a-t-il un manque de communication entre les différents membres du personnel qui occasionne un effet négatif sur vos soins à domicile (p. ex. un prestataire n'informe pas un autre du plan de soins) ?
- Jamais
  - Parfois
  - Habituellement
  - Toujours

23. Avez-vous des problèmes parce qu'il y a différentes personnes qui vous fournissent des soins (p. ex. avec les services de soutien à la personne ou avec les soins infirmiers) ?
- Sans objet/Je n'ai qu'un(e) seul(e) prestataire(trice) qui vient chez moi.
  - Jamais
  - Parfois
  - Habituellement
  - Toujours
24. Le personnel vous avertit-il à temps s'il y a un changement aux services ou à l'horaire de vos services ?
- Sans objet/Il n'y a pas eu de changement à l'horaire des services.
  - Jamais
  - Parfois
  - Habituellement
  - Toujours
25. Comprenez-vous les prochaines étapes à venir dans vos soins à domicile (p. ex. les services qui seront fournis et les étapes à suivre afin de pouvoir mieux gérer votre santé) ?
- Jamais
  - Parfois
  - Habituellement
  - Toujours

***Le personnel...***

***Les prochaines questions sont au sujet de votre expérience avec le personnel de soins à domicile, c.-à-d. les membres du personnel qui organisent vos soins, ainsi que les prestataires qui viennent chez vous pour vous fournir des soins.***

26. Le personnel est-il ponctuel ?
- Jamais
  - Parfois
  - Habituellement
  - Toujours
27. Y a-t-il des effets négatifs sur vos soins liés aux changements d'horaire des services par le personnel ?
- Jamais
  - Parfois
  - Habituellement
  - Toujours
  - Sans objet/Il n'y a pas eu de changement à l'horaire des services.
28. Le personnel reste-t-il assez longtemps pour fournir les soins nécessaires ?
- Jamais
  - Parfois
  - Habituellement
  - Toujours
29. Le personnel vous aide-t-il avec les choses dont vous avez besoin... qui vous sont importantes ?
- Jamais
  - Parfois
  - Habituellement
  - Toujours

30. Le personnel vous traite-t-il avec courtoisie et respect ?
- Jamais
  - Parfois
  - Habituellement
  - Toujours
31. Le personnel possède-t-il les compétences nécessaires pour vous fournir de bons soins à domicile ?
- Jamais
  - Parfois
  - Habituellement
  - Toujours
  - Je ne sais pas./Je ne m'en souviens pas.
32. Vous sentez-vous en sécurité en obtenant des soins à domicile du personnel ?
- Jamais
  - Parfois
  - Habituellement
  - Toujours
33. Croyez-vous avoir subi un préjudice à cause d'une erreur, une faute ou quelque chose que le personnel n'a pas fait ?
- Non
  - Oui et il y a eu un bon suivi pour résoudre le problème.
  - Oui, mais il n'y a pas eu un suivi adéquat pour résoudre le problème.
34. Quelle est votre expérience avec la procédure des plaintes ?
- Sans objet/Je n'ai pas eu besoin de porter plainte.
  - Je ne sais pas comment porter plainte.
  - Je sais comment porter plainte, mais c'est difficile.
  - Je sais comment porter plainte, mais je ne me sens pas à l'aise.
  - J'ai porté plainte, mais les efforts engagés pour résoudre le problème étaient insuffisants.
  - J'ai porté plainte et elle a été résolue à ma satisfaction.
35. Un membre du personnel a-t-il déjà communiqué vos renseignements personnels avec quelqu'un sans votre consentement ?
- Oui
  - Non
  - Je ne sais pas./Je ne m'en souviens pas.

### *Après votre séjour à l'hôpital...*

Les questions suivantes sont au sujet de votre expérience après avoir eu congé de l'hôpital. **Si vous n'avez pas été congédié(e) de l'hôpital au début de votre période récente de soins à domicile, ou bien au cours des six (6) derniers mois, veuillez passer à la question n° 43.**

Si vous **avez été** hospitalisé(e) au début de votre période récente de soins à domicile, ou bien au cours des six (6) derniers mois... Êtes-vous d'accord avec les énoncés suivants ?

36. À l'hôpital, mes préférences, ainsi que celles de ma famille, ont été prises en compte lors de la prise de décisions sur les soins dont j'aurai besoin suivant mon séjour hospitalier.
- Sans objet/Je n'ai pas été hospitalisé(e) au début de ma période récente de soins à domicile, ni au cours des six (6) derniers mois.
  - Fortement en désaccord
  - En désaccord
  - D'accord
  - Tout à fait d'accord
  - Je ne sais pas./Je ne m'en souviens pas.
37. Lorsque j'ai quitté l'hôpital, j'ai bien compris mes responsabilités pour la gestion de ma santé.
- Sans objet/Je n'ai pas été hospitalisé(e) au début de ma période récente de soins à domicile, ni au cours des six (6) derniers mois.
  - Fortement en désaccord
  - En désaccord
  - D'accord
  - Tout à fait d'accord
  - Je ne sais pas./Je ne m'en souviens pas.
38. Lorsque j'ai quitté l'hôpital, j'ai bien compris le rôle de chacun de mes médicaments.
- Sans objet/Je n'ai pas été hospitalisé(e) au début de ma période récente de soins à domicile, ni au cours des six (6) derniers mois.
  - Fortement en désaccord
  - En désaccord
  - D'accord
  - Tout à fait d'accord
  - Je ne sais pas./Je ne m'en souviens pas.
39. Lorsque vous avez quitté l'hôpital, saviez-vous qui contacter si vous aviez des questions au sujet de votre état ou de votre traitement ?
- Sans objet/Je n'ai pas été hospitalisé(e) au début de ma période récente de soins à domicile, ni au cours des six (6) derniers mois.
  - Oui
  - Non
  - Je ne sais pas./Je ne m'en souviens pas.

40. Après avoir quitté l'hôpital, le personnel de soins à domicile semblait-il être bien informé et au courant des soins qui vous ont été fournis à l'hôpital ?
- Sans objet/Je n'ai pas été hospitalisé(e) au début de ma période récente de soins à domicile, ni au cours des six (6) derniers mois.
  - Pas du tout
  - Quelque peu
  - En grande partie
  - Tout à fait
  - Je ne sais pas./Je ne m'en souviens pas.
41. Y a-t-il eu des moments où le personnel de l'hôpital et celui des soins à domicile vous ont communiqué des informations qui, ensemble, ne tenaient pas debout au sujet de vos soins ?
- Sans objet/Je n'ai pas été hospitalisé(e) au début de ma période récente de soins à domicile, ni au cours des six (6) derniers mois.
  - Jamais
  - Parfois
  - Habituellement
  - Toujours
  - Je ne sais pas./Je ne m'en souviens pas.
42. Vos besoins de soins ont-ils été répondus après avoir été congédié(e) de l'hôpital ?
- Sans objet/Je n'ai pas été hospitalisé(e) au début de ma période récente de soins à domicile, ni au cours des six (6) derniers mois.
  - Pas du tout
  - Quelque peu
  - En grande partie
  - Tout à fait

***Suivant vos soins à domicile... [seulement posées aux clients congédiés]***

Les questions ci-dessous portent sur votre expérience suivant la fin de vos services de Soins à domicile et en milieu communautaire. Veuillez penser à la période suivant la cessation de vos services de soins à domicile. **Si vos services n'ont pas cessé, veuillez passer à la question n° 46 dans la section intitulée « À propos de vous... » ci-dessous.**

43. Suivant la fin de vos services de soins à domicile, si vous aviez besoin de soutiens supplémentaires, le personnel vous a-t-il dirigé(e) vers d'autres services au sein de votre communauté ?
- Sans objet/Mes services de soins à domicile n'ont pas cessé.
  - Je n'ai pas eu besoin de soutiens supplémentaires.
  - Oui, on m'a mis(e) en contact avec suffisamment de services communautaires pertinents.
  - Oui, on m'a mis(e) en contact avec des services communautaires, mais ils n'étaient pas pertinents à mes besoins.
  - Oui, on m'a mis(e) en contact avec des services communautaires pertinents, mais il m'en fallait d'autres.
  - Oui, on m'a mis(e) en contact avec des services communautaires, mais je les ai refusés.
  - Non, on ne m'a pas mis(e) en contact avec d'autres services communautaires.
  - Je ne sais pas./Je ne m'en souviens pas.
44. Vous sentiez-vous préparé(e) pour la fin de vos services ?
- Sans objet/Mes services de soins à domicile n'ont pas cessé.
  - Pas du tout
  - Quelque peu
  - En grande partie
  - Tout à fait

- Je ne sais pas./Je ne m'en souviens pas.
- 45. Savez-vous qui contacter si vous avez de nouveau besoin de soins à domicile ?
  - Sans objet/Mes services de soins à domicile n'ont pas cessé.
  - Oui
  - Non

***En général...***

Veillez évaluer votre expérience avec les soins à domicile.

- 46. En pensant aux services de soins à domicile que vous avez reçu dans les 12 derniers mois, à quel point vous ont-ils aidé à demeurer à la maison ?
  - Sans objet/Les soins à domicile n'étaient pas reliés au besoin de demeurer à la maison (p. ex. soins pour une blessure).
  - Ils n'ont pas aidé du tout.
  - Ils ont aidé un peu.
  - Ils ont beaucoup aidé.
- 47. Dans l'ensemble, comment évaluez-vous les services de Soins à domicile et en milieu communautaire ?
  - Faibles
  - Passables
  - Bons
  - Très bons
  - Excellents
- 48. En pensant à la qualité générale du personnel de soins à domicile, diriez-vous qu'elle est... ?
  - Bien inférieure à mes attentes
  - Plutôt inférieure à mes attentes
  - À peu près à mes attentes
  - Plutôt supérieure à mes attentes
  - Bien supérieure à mes attentes

***À propos de vous...***

Les questions qui suivent nous permettront de mieux connaître les clients que nous servons.

- 49. Qui est la personne ou sont les personnes principale(s) qui a(ont) rempli ce questionnaire ?
  - L'utilisateur du service/le client.
  - Un(e) ami(e) ou un proche de l'utilisateur du service/du client.
  - L'utilisateur du service/le client et un(e) ami(e) ou proche ensemble.
  - L'utilisateur du service/le client avec l'aide d'un professionnel de la santé.
- 50. Parmi les énoncés suivants, quelle(s) race(s) ou ethnie(s) vous décri(ven)t le mieux ? **Veillez sélectionner tout ce qui s'applique.**
  - Blanc(he)
  - Noir(e)
  - Asiatique de l'Est ou du Sud-est
  - Sud-asiatique
  - Latino(a)
  - Aucuns des énoncés ci-dessus ne s'appliquent à moi.

51. Vous identifiez-vous comme une personne francophone ?

- Oui
- Non

52. Vous identifiez-vous comme une personne autochtone ?

- Non
- Oui, Première Nation (Indien(ne) inscrit(e) ou Indien(ne) non inscrit(e)).
- Oui, Métis(se)
- Oui, Inuk (Inuit(e))
- Oui, j'utilise un autre terme pour décrire mon ascendance autochtone ou mon identité (p. ex. Anichinabé(e), Traité N° 3).

53. Quel est votre âge ?

- Moins de 18 ans
- De 18 à 24 ans
- De 25 à 34 ans
- De 35 à 44 ans
- De 45 à 54 ans
- De 55 à 64 ans
- De 65 à 74 ans
- De 75 à 84 ans
- De 85 à 94 ans
- 95 ans et plus

54. Quel sexe vous a-t-on assigné(e) à la naissance ?

- Male
- Femelle

55. Lequel des énoncés suivants décrit votre identité sexuelle actuelle ?

- Femme
- Homme
- Bispirituel(le)
- Femme trans
- Homme trans
- J'ai une autre identité sexuelle que celles énumérées ci-dessus (p. ex. non-binaire, transformiste, etc.).

56. Vous considérez-vous comme étant... ?

- Hétérosexuel(le)
- Homosexuel(le)/Gay/Lesbien
- Bispirituel(le)
- Bisexuel(le)
- J'ai une autre orientation sexuelle que celles énumérées ci-dessus (p. ex. asexuel(le), demisexuel(le), etc.).

**Les questions suivantes portent sur vos sentiments vis-à-vis de votre condition de vie actuelle.**

57. Vous sentez-vous isolé(e) des autres ?

- Jamais
- Parfois
- Habituellement
- Toujours

58. Vous sentez-vous exclu(e) ?

- Jamais
- Parfois
- Habituellement
- Toujours

59. Vous sentez-vous en manque de compagnie ?

- Jamais
- Parfois
- Habituellement
- Toujours

60. Craignez-vous perdre votre maison ou votre lieu de résidence ?

- Jamais
- Parfois
- Habituellement
- Toujours

61. Avez-vous de la difficulté à joindre les deux bouts/à payer vos factures à la fin du mois ?

- Jamais
- Parfois
- Habituellement
- Toujours

62. Après avoir payé vos factures mensuelles, avez-vous généralement assez d'argent pour vous procurer de la nourriture ?

- Jamais
- Parfois
- Habituellement
- Toujours

### ***Commentaires***

***Si vous avez d'autres commentaires au sujet de vos soins à domicile et du personnel, n'hésitez pas à nous les faire parvenir. (S'il vous plaît, n'écrivez pas votre nom, ni ceux des membres du personnel).***

63. Souhaitez-vous nous faire part de quelque chose qui fonctionne bien par rapport à vos soins à domicile ?

64. Souhaitez-vous nous faire part de quelque chose qui fonctionne mal par rapport à vos soins à domicile ?

65. Avez-vous des suggestions pour améliorer les services de soins à domicile ?

***Merci pour le temps que vous avez consacré à ce questionnaire !***