



TRANSFORMATION

[www.transformationphc.ca](http://www.transformationphc.ca)

[@transformphc](https://twitter.com/transformphc)

# Patient Experiences Survey

**Transformation et amélioration des soins et services de  
santé offerts dans la communauté**



INSTITUT DE RECHERCHE  
**BRUYÈRE**  
RESEARCH INSTITUTE



**DALHOUSIE  
UNIVERSITY**  
*Inspiring Minds*



**a place of mind**

Afin de mieux définir la qualité des soins de santé de cette région, nous recueillons des informations sur l'expérience des patients à propos des soins et services de santé qu'ils reçoivent.

Cette clinique, où vous recevez vos soins, a accepté de participer à cette étude.

Vous êtes invité(e) à participer à cette étude à votre tour parce que vous vous êtes présenté(e) ici aujourd'hui pour obtenir des soins ET parce que cet endroit est l'endroit principal où vous recevez des soins de santé en général.

Avant de commencer, nous tenons à vous souligner que :

- Vous pouvez décider de compléter ou de ne pas compléter ce questionnaire, vous pouvez arrêter de le compléter à tout moment
- Votre décision n'affectera en rien la qualité des soins que vous recevez
- Personne ne saura qui a complété ce questionnaire
- Il n'y a ni « bonne » ni « mauvaise » réponse – nous voulons seulement connaître votre opinion

**1. Pourquoi êtes-vous venu(e) ici aujourd'hui ?**

*Cochez tout ce qui s'applique*

- Examen de routine/examen annuel
- Suivi d'un problème de santé/suivi de grossesse
- Nouveau problème de santé
- Problème de santé urgent mais pas trop grave
- Renouvellement de prescription pour des médicaments
- Plusieurs sujets à discuter
- Autre, précisez: \_\_\_\_\_

**2. Combien de temps avez-vous attendu entre la prise du rendez-vous et la visite d'aujourd'hui ?**

- Je suis venu(e) au sans rendez-vous
- De 1 à 2 jours
- Plus de 2 jours mais moins d'une semaine
- De 1 à 2 semaines
- De 2 à 4 semaines
- De 4 à 6 semaines
- Plus de 6 semaines

**3. À quel point trouvez-vous ce délai acceptable ?**

- Pas du tout acceptable
- Pas très acceptable
- Moyennement acceptable
- Acceptable
- Tout à fait acceptable

**Les dernières pages ont plus de questions portent sur la visite d'aujourd'hui. Pour l'instant, s'il vous plaît nous dire à propos de votre soin habituel ici et répondre aux questions finales après avoir visité.**

**À propos de votre expérience des soins globale à cet endroit des soins.**

**4. Y a-t-il un professionnel de la santé qui vous connaît très bien ici ?**

*Cochez une seule réponse*

Non → *Allez à la question 5*

Oui

**Si oui, de qui s'agit-il :**

- Un médecin de famille ou généraliste
- Une infirmière spécialisée (praticienne)
- Un médecin spécialiste
- Une infirmière
- Un autre professionnel de la santé,  
Précisez : \_\_\_\_\_

**4a. Est-ce la personne que vous avez vue aujourd'hui ?**

- Oui
- Non

**4b. Diriez-vous que cette personne est responsable de la plupart de vos soins ?**

- Oui
- Non, une autre personne est responsable
- Non, il n'y a personne en particulier

**5. Lorsque vous venez ici, dans quelle mesure voyez-vous ou parlez-vous à la personne que vous préférez ?**

- Jamais ou presque jamais
- Parfois
- La plupart du temps
- Toujours ou presque toujours
- Ce n'est pas mon endroit habituel de soins

**Les prochaines sections portent sur les soins que vous avez reçus ici même, à cet endroit ou cette clinique.**

**6. Combien de visites avez-vous faites ici au cours des 12 derniers mois ?**

- Plus de 10 visites
- De 6 à 10 visites
- De 4 à 6 visites
- 2 to 3 visites
- 1 (seulement aujourd'hui)

Veillez penser à la possibilité d'obtenir les soins ou les conseils dont vous avez besoin ici même, à cet endroit.

**7. Selon votre expérience durant cette période, est-ce facile pour vous d'obtenir des conseils d'ordre médical ici par téléphone ?**

- Pas facile du tout
- Pas très facile
- Moyennement facile
- Facile
- Très facile
- Ne s'applique pas à moi

**8. Y a-t-il eu des moments où vous avez eu de la difficulté à obtenir les soins ou les conseils de santé dont vous aviez besoin?**

- Non → Go to question 37
- Oui, une seule fois
- Oui, plusieurs fois

**Si oui, quel genre de difficultés avez-vous eues ?**

*Cochez tout ce qui s'applique*

- Difficulté à joindre un médecin
- Spécialiste non disponible
- Difficulté à obtenir un rendez-vous
- Je n'ai pas de médecin de famille personnel ou habituel
- J'ai attendu trop longtemps pour prendre rendez-vous
- J'ai attendu trop longtemps dans la salle d'attente
- Service non disponible quand j'en avais besoin
- Service non disponible dans la région
- Problèmes de transport
- Coûts élevés
- Problèmes de langue
- Je ne me sentais pas à l'aise avec le médecin ou l'infirmière
- Je ne savais pas où aller (manque d'information)
- J'étais incapable de sortir de chez moi à cause d'un problème de santé
- Autre, précisez : \_\_\_\_\_

**Les prochaines questions portent sur les soins reçus ici même de la part de  votre médecin de famille habituel ou infirmière.**

**9. Quelle(s) langue(s) parlez-vous généralement avec votre médecin de famille habituel ou votre infirmière ?**

*Cochez tout ce qui s'applique*

- Anglais
- Français
- Autre langue (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

**10. À quel point est-ce que votre médecin de famille ou infirmière semble connaître l'ensemble de votre histoire médicale ?**

- À peu près pas
- Un peu
- Moyennement
- Beaucoup
- Totalelement

**11. Est-ce que votre médecin de famille ou infirmière semble connaître ce qui vous inquiète le plus au sujet de votre santé ?**

- À peu près pas
- Un peu
- Moyennement
- Beaucoup
- Totalelement

**12. Est-ce que votre médecin de famille ou infirmière semble connaître vos responsabilités au travail ou à la maison ?**

- À peu près pas
- Un peu
- Moyennement
- Beaucoup
- Totalement

**13. Est-ce que votre médecin de famille ou infirmière semble connaître vos valeurs personnelles ?**

- À peu près pas
- Un peu
- Moyennement
- Beaucoup
- Totalement

**14. Dans quelle mesure diriez-vous que votre médecin de famille ou votre infirmière vous connaît en tant que personne ?**

- Pas du tout
- Un peu
- Moyennement
- Beaucoup

**15. Dans quelle mesure est-ce que votre médecin de famille ou infirmière vous demande la permission avant de vous toucher ou de vous examiner ?**

- Jamais ou rarement
- Parfois
- Souvent ou très souvent

**16. Dans quelle mesure est-ce que votre médecin de famille ou infirmière vous semble ouvert(e) à parler de sujets sensibles tels que le deuil, les problèmes de santé mentale ou les expériences d'abus ?**

- Jamais ou rarement
- Parfois
- Souvent ou très souvent
- Ne se applique pas à moi

Un plan de traitement est un ensemble d'actions que votre médecin de famille habituel ou votre infirmière propose dans le but de gérer votre problème de santé. Veuillez penser dans quelle mesure votre médecin de famille ou votre infirmière a adapté votre plan de traitement à vos besoins au cours des 12 derniers mois.

**17. Est-ce que votre médecin de famille ou votre infirmière vous a demandé si vous pensiez être capable de suivre le traitement recommandé ?**

- Non
- Oui, parfois
- Oui, souvent
  
- Je n'ai reçu aucun traitement

**18. Lorsqu'il y avait des choix de traitements, est-ce que votre médecin de famille ou votre infirmière vous a demandé lequel vous préféreriez ?**

- Non
- Oui, parfois
- Oui, souvent
  
- Je n'avait pas de choix de traitement

**19. Dans quelle mesure votre médecin de famille ou votre infirmière a-t-il(elle) exploré à quel point les traitements seraient gérable pour vous ?**

- Pas du tout
- Un peu
- En grande partie
- Complètement
  
- Aucun traitement ne m'a été recommandé

**20. Est-ce que votre médecin de famille ou infirmière vous a informé des effets secondaires possibles d'un médicament ?**

- Non
- Oui, parfois
- Oui, souvent
  
- Je ne prends aucun médicament

**21. Dans quelle mesure est-ce que votre médecin de famille ou infirmière vous dit ce qui pourrait arriver si vous ne prenez pas le médicament qu'il (elle) vous a prescrit ?**

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Toujours
- On ne m'a prescrit aucun médicament

**Pensez à ce que fait votre médecin de famille ou votre infirmière quand vous avez besoin de soins dans d'autres endroits.**

**22. À quel point votre médecin de famille ou votre infirmière vous aide-t-il(elle) à obtenir les soins dont vous avez besoin dans d'autres endroits ?**

- N'aide pas du tout
- Un peu
- Moyennement
- Assez
- Beaucoup

**23. À quel point votre médecin de famille ou votre infirmière contacte-t-il(elle) les autres professionnels à propos de votre santé ?**

- Pas du tout
- Un peu
- Moyennement
- Assez
- Beaucoup

**24. À quel point votre médecin de famille ou votre infirmière garde-t-il(elle) contact avec vous, même lorsque vous recevez des soins dans d'autres endroits ?**

- Pas du tout
- Un peu
- Moyennement
- Assez
- Toujours

### À propos de tous les soins à cet endroit

**25. Qui voyez-vous à cet endroit pour vos préoccupations liées à votre santé?**

*Cochez tout ce qui s'applique*

- Seulement mon médecin habituel
- Un autre médecin de famille ou généraliste
- Un médecin spécialiste
- Une infirmière
- Une infirmière spécialisée (praticienne)
- Un(e) nutritionniste ou un(e) diététiste
- Un(e) physiothérapeute ou un(e) ergothérapeute
- Un(e) psychologue ou un(e) travailleur(se) social(e)
- Un guérisseur autochtone
- Médecine douce/alternative (ex: acuponcteur, chiropraticien, massothérapeute), précisez : \_\_\_\_\_
- Autre, précisez : \_\_\_\_\_

**Nous faisons maintenant référence à TOUS les différents types de professionnels que vous avez identifiés ci-dessus en utilisant le terme « équipe de soins », même si vous n'avez vu qu'une seule personne.**

**26. Au cours des 12 derniers mois, est-ce que l'équipe de soins ici vous a procuré tout ce dont vous aviez besoin pour vous aider à gérer vos problèmes de santé?**

- Non, pas du tout
- Non, pas vraiment
- Oui, jusqu'à un certain point
- Oui, en général
- Oui, absolument
- Non, je n'ai pas eu besoin de ce type de support

**27. Vous a-t-on encouragé à participer à un groupe de soutien pour vous aider à gérer vos problèmes de santé ?**

- Non, pas du tout
- Non, pas vraiment
- Peut-être, pas certain
- Oui, parfois
- Oui, toujours
- Ceci n'est pas disponible dans ma région
- Non, je n'ai pas eu besoin de ce type de support



**28. Qui ici même, à cet endroit, vous parle des impacts des bons et mauvais aliments sur votre santé?**

*Cochez tout ce qui s'applique*

- Mon médecin de famille habituel
- Une infirmière
- Une autre personne, précisez : \_\_\_\_\_
- Personne

**29. Qui ici même, à cet endroit, vous parle de l'importance de faire de l'exercice ou d'avoir un mode de vie sain ?**

*Cochez tout ce qui s'applique*

- Mon médecin de famille habituel
- Une infirmière
- Une autre personne, précisez : \_\_\_\_\_
- Personne

**30. Qui ici même, à cet endroit, vous parle de l'impact du tabac sur votre santé?**

*Cochez tout ce qui s'applique*

- Mon médecin de famille habituel
- Une infirmière
- Une autre personne, veuillez préciser : \_\_\_\_\_
- Personne
- Ne s'applique pas

**31. Qui ici même, à cet endroit, vous parle de la consommation ou surconsommation d'alcool ou de drogues ?**

*Cochez tout ce qui s'applique*

- Mon médecin de famille habituel
- Une infirmière
- Une autre personne, veuillez préciser : \_\_\_\_\_
- Personne
- Ne s'applique pas

**32. Qui ici même, à cet endroit, vous parle de moyens pour gérer les conflits familiaux qui peuvent se produire à l'occasion ?**

*Cochez tout ce qui s'applique*

- Mon médecin de famille habituel
- Une infirmière
- Une autre personne, veuillez préciser : \_\_\_\_\_
- Personne
- Ne s'applique pas

**33. Qui ici même, à cet endroit, vous parle de la prévention des accidents à la maison (chutes, brûlures par l'eau chaude) ou au travail ?**

*Cochez tout ce qui s'applique*

- Mon médecin de famille habituel
- Une infirmière
- Une autre personne, veuillez préciser : \_\_\_\_\_
- Personne

**34. Est-ce que l'équipe de soins ici vous aide à sentir que vos activités de tous les jours, comme votre alimentation et votre style de vie, font une différence sur votre santé ?**

- Non, pas du tout
- Non, pas vraiment
- Oui, jusqu'à un certain point
- Oui, Absolument

**35. Est-ce que l'équipe de soins ici vous donne le sentiment que vous êtes en contrôle de votre santé ?**

- Non, pas du tout
- Non, pas vraiment
- Oui, jusqu'à un certain point
- Oui, Absolument

**36. Est-ce que l'équipe de soins ici vous aide à comprendre que suivre votre traitement pourrait faire une différence ?**

- Non, pas du tout
- Non, pas vraiment
- Oui, jusqu'à un certain point
- Oui, Absolument

**37. Est-ce que l'équipe de soins ici vous aide à vous sentir confiant(e) de pouvoir prendre soins de votre santé ?**

- Non, pas du tout
- Non, pas vraiment
- Oui, jusqu'à un certain point
- Oui, Absolument

**38. Au cours des 12 derniers mois, y a-t-il eu des moments où l'équipe de soins ici semblait ne pas bien travailler ensemble ?**

- Jamais ou rarement
- Parfois
- Souvent ou très souvent
- Ne s'applique pas à moi

**39. Au cours des 12 derniers mois, y a-t-il eu des moments où l'équipe de soins ici vous a dit des choses différentes (qui ne vont pas dans le même sens) à propos de votre santé ?**

- Jamais ou rarement
- Parfois
- Souvent ou très souvent
- Ne s'applique pas à moi

**40. Y a-t-il eu des moments où l'équipe de soins ici semblait ne pas savoir qui devait faire quoi pour vos soins ?**

- Jamais ou rarement
- Parfois
- Souvent ou très souvent
- Ne s'applique pas à moi

## À propos de votre santé

Dans cette section, nous vous questionnons à propos de plusieurs aspects de votre santé. Pour chacun des thèmes en **GRAS**, veuillez cocher la case qui correspond le mieux à votre santé AUJOURD'HUI.

### 41. MOBILITÉ

- Je n'ai aucun problème à me déplacer à pied
- J'ai de légers problèmes à me déplacer à pied
- J'ai des problèmes modérés à me déplacer à pied
- J'ai de graves problèmes à me déplacer à pied
- Je suis incapable de me déplacer à pied

### 42. SOINS PERSONNELS

- Je n'ai aucun problème pour me laver ou m'habiller seul(e)
- J'ai de légers problèmes pour me laver ou m'habiller seul(e)
- J'ai des problèmes modérés pour me laver ou m'habiller seul(e)
- J'ai de graves problèmes pour me laver ou m'habiller seul(e)
- Je suis incapable de me laver ou de m'habiller seul(e)

### 43. ACTIVITÉS HABITUELLES *(ex: travail, études, travaux ménagers, activités familiales ou loisirs)*

- Je n'ai aucun problème à faire mes activités habituelles
- J'ai de légers problèmes à faire mes activités habituelles
- J'ai des problèmes modérés à faire mes activités habituelles
- J'ai de graves problèmes à faire mes activités habituelles
- Je suis incapable de faire mes activités habituelles

### 44. DOULEUR / INCONFORT

- Je n'ai ni douleur, ni inconfort
- J'ai des douleurs légères ou un léger inconfort
- J'ai des douleurs ou un inconfort modéré(es)
- J'ai des douleurs ou un inconfort intense(s)
- J'ai des douleurs ou un inconfort extrême(s)

### 45. ANXIÉTÉ / DÉPRESSION

- Je ne suis ni anxieux(se) ni déprimé(e)
- Je suis légèrement anxieux(se) ou déprimé(e)
- Je suis moyennement anxieux(se) ou déprimé(e)
- Je suis très anxieux(se) ou déprimé(e)
- Je suis extrêmement anxieux(se) ou déprimé(e)

**En pensant à votre état de santé général des 4 dernières semaines**

### 46. En général, diriez-vous que votre santé est :

- Mauvaise
- Passable
- Bonne
- Très bonne
- Excellente

**47. En général, comment évaluez-vous la santé de vos dents et de votre bouche ?**

- Mauvaise
- Passable
- Bonne
- Très bonne
- Excellente

**48. Les prochaines questions portent sur les activités que pourriez faire dans une journée normale. Est-ce que **votre état de santé actuel vous limite** dans ces activités ? Si oui, à quel point ?**

a. **Activités modérées**, tel que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux quilles ou au golf ?

- Oui, me limite beaucoup
- Oui, me limite un peu
- Non, ne me limite pas du tout

b. Pour monter **plusieurs** étages à pieds ?

- Oui, me limite beaucoup
- Oui, me limite un peu
- Non, ne me limite pas du tout

**49. Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu l'une des difficultés suivantes au travail ou dans une autre activité quotidienne **à cause de votre état de santé physique** ?**

a. Accompli **moins** de choses que vous l'auriez voulu.

- Non, jamais
- Oui, rarement
- Oui, parfois
- Oui, la plupart du temps
- Oui, tout le temps

b. Avez été limité(e) dans la **nature** de vos tâches ou autres activités ?

- Non, jamais
- Oui, rarement
- Oui, parfois
- Oui, la plupart du temps
- Oui, tout le temps

**50. Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu l'une des difficultés suivantes au travail ou dans une autre activité quotidienne **à cause de votre moral** (comme le fait de se sentir déprimé(e) ou anxieux(se)) ?**

a. Accompli **moins** de choses que vous l'auriez voulu.

- Non, jamais
- Oui, rarement
- Oui, parfois
- Oui, la plupart du temps
- Oui, tout le temps

b. N'avez pas fait votre travail ou autre activité avec **autant de soin** qu'à l'habitude ?

- Non, jamais
- Oui, rarement
- Oui, parfois
- Oui, la plupart du temps
- Oui, tout le temps

51. Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure la douleur a-t-elle nui à vos activités habituelles (au travail comme à la maison) ?

- Pas du tout
- Un peu
- Moyennement
- Beaucoup
- Énormément

**Ces questions portent sur la façon dont vous vous êtes senti(e) et comment les choses se sont passées pour vous au cours des 4 dernières semaines. Pour chaque question, veuillez donner la réponse qui s'approche le plus de la façon dont vous vous êtes senti(e).**

52. Au cours des 4 dernières semaines, combien de fois :

a. Vous êtes-vous senti(e) calme et serein(e) ?

- Tout le temps
- La plupart du temps
- Une bonne partie du temps
- Parfois
- Rarement
- Jamais

Au cours des 4 dernières semaines, combien de fois :

b. Avez-vous eu beaucoup d'énergie ?

- Tout le temps
- La plupart du temps
- Une bonne partie du temps
- Parfois
- Rarement
- Jamais

Au cours des 4 dernières semaines, combien de fois :

c. Vous êtes-vous senti(e) triste et démoralisé(e) ?

- Tout le temps
- La plupart du temps
- Une bonne partie du temps
- Parfois
- Rarement
- Jamais

53. Au cours des 4 dernières semaines, combien de fois votre **état de santé physique ou moral** a-t-il nui à vos activités sociales (comme visiter des amis, parents, etc.)?

- Tout le temps
- La plupart du temps
- Parfois
- Rarement
- Jamais

**Nous souhaitons vous poser quelques questions à propos du changement de votre état de santé.**

54. Par comparaison à l'an dernier, comment évaluez-vous votre **état de santé physique actuel** en général?

- Bien meilleur
- Un peu meilleur
- À peu près le même
- Pire
- Bien pire

55. Par comparaison à l'an dernier, comment évaluez-vous l'**état de votre moral actuel** (comme le fait de se sentir anxieux(se), déprimé(e) ou irritable) ?

- Bien meilleur
- Un peu meilleur
- À peu près le même
- Pire
- Bien pire

### À propos de conditions de santé chroniques

56. Pour chacune des conditions suivantes, veuillez indiquer si la condition est présente "oui" ou "non". \* Veuillez ne cocher "oui" seulement lorsque la condition a été confirmée par un médecin ou pour laquelle vous prenez des médicaments.

*Cochez tout ce qui s'applique*

Non	Oui	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hypertension (haute pression)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dépression ou problème d'anxiété
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problème musculosquelettique chronique causant de la douleur ou des limitations
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arthrite ou polyarthrite rhumatoïde
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ostéoporose
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthme, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) ou bronchite chronique

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maladie cardiaque (angine, infarctus, fibrillation auriculaire, mauvaise circulation dans les membres inférieurs)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insuffisance cardiaque (incluant un problème ou le remplacement des valves cardiaques)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AVC (accident vasculaire cérébral)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reflux ou ulcère ou brûlement d'estomac
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maladie de l'intestin (côlon irritable, maladie de Crohn, colite ulcéreuse, diverticulose, etc.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hépatite chronique
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabète
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trouble de la glande thyroïde
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer dans les 5 dernières années (incluant mélanomes mais excluant autres cancers de peau)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maladie rénale chronique ou insuffisance rénale
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problème urinaire chronique
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Démence ou Alzheimer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problème de cholestérol (hyperlipidémie)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Obésité
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autre: précisez _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autre: précisez _____
		Non    Oui

Pour les questions qui suivent, veuillez cocher ce qui correspond le mieux à votre niveau de confiance de pouvoir gérer votre santé par vous-même pour chacune des situations décrites. (Veuillez cocher « NA » si ça ne s'applique pas à vous)

**57. À quel point êtes-vous confiant(e) de pouvoir empêcher la fatigue causée par votre condition de santé de nuire aux choses que vous voulez faire ?**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		NA
Pas du tout confiant(e)				Totalemment confiant(e)							NA

**58. À quel point êtes-vous confiant(e) de pouvoir empêcher l'inconfort physique ou la douleur liée à votre condition de santé de nuire aux choses que vous voulez faire ?**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout confiant(e)      Totalement confiant(e)      NA

**59. À quel point êtes-vous confiant(e) de pouvoir empêcher le stress émotionnel causé par votre condition de santé de nuire aux choses que vous voulez faire ?**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout confiant(e)      Totalement confiant(e)      NA

**60. À quel point êtes-vous confiant(e) de pouvoir empêcher tous les autres symptômes ou problèmes de santé que vous avez, de nuire aux choses que vous voulez faire ?**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout confiant(e)      Totalement confiant(e)      NA

**61. À quel point êtes-vous confiant(e) de pouvoir faire les tâches et activités nécessaires pour bien gérer votre condition de santé et diminuer votre besoin de voir un médecin ?**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout confiant(e)      Totalement confiant(e)      NA

**62. À quel point êtes-vous confiant(e) de pouvoir faire autre chose que prendre des médicaments pour pouvoir diminuer les effets de votre condition sur votre vie de tous les jours ?**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout confiant(e)      Totalement confiant(e)      NA

**63. Si vous en aviez besoin, combien de personnes de votre famille ou de vos amis pourraient vous aider dans vos activités quotidiennes (ex: s'habiller, conduire) ?**

- Aucune
- Une personne
- Plus d'une personne

**64. Combien de personnes de votre famille ou de vos amis vous témoignent de l'amour et de l'affection quand vous en avez besoin ?**

- Aucune
- Une personne
- Plus d'une personne



**65. Avec combien de personnes de votre famille ou de vos amis pouvez-vous partager du bon temps ?**

- Aucune
- Une personne
- Plus d'une personne

**66. Avec combien de personnes de votre famille ou de vos amis pouvez-vous vous confier ou parler facilement de vous ou de vos problèmes**

- Aucune
- Une personne
- Plus d'une personne

**67. Au cours du dernier mois, combien d'heures est-ce que les personnes de votre famille ou amis ont passé à vous aider à gérer votre condition de santé, incluant le temps passé à la maison ou à vous amener à des rendez-vous médicaux ?**

\_\_\_\_\_ heures

**68. En général, est-ce facile pour vous d'obtenir par vos propres moyens des informations au sujet de votre santé quand vous en avez besoin (via Internet, des livres, etc.)?**

- Pas facile du tout
- Pas très facile
- Un peu facile
- Moyennement facile
- Très facile

**Les prochaines questions portent sur votre expérience vécue à propos de frais que vous avez dû payer pour obtenir certains soins ou services.**

**69. En pensant aux 12 derniers mois, y a-t-il eu des moments où vous avez trouvé difficile d'obtenir des soins de santé à cause des pertes de revenus que ça impliquait ?**

- Jamais ou rarement
- Quelques fois
- Souvent ou très souvent

**70. Au cours des 12 derniers mois, y a-t-il eu des moments où vous avez trouvé difficile d'obtenir des soins de santé à cause des coûts additionnels (garde d'enfants, voyage, stationnement, etc.)?**

- Jamais ou rarement
- Quelques fois
- Souvent ou très souvent

**71. Au cours des 12 derniers mois, y a-t-il eu des moments où vous n'avez pas acheté des médicaments prescrits à cause de leurs coûts ?**

- Jamais ou rarement
- Quelques fois
- Souvent ou très souvent
  
- Je ne prends aucun médicament

**72. Au cours des 12 derniers mois, y a-t-il eu des moments où vous n'avez pas fait des tests ou des examens de laboratoire à cause de leurs coûts ?**


- Jamais ou rarement
- Quelques fois
- Souvent ou très souvent
  
- Je n'ai pas eu besoin de test ou d'examen

**73. Au cours des 12 derniers mois, y a-t-il eu des moments où vous n'avez pas reçu des services recommandés mais non couverts par l'assurance-maladie (RAMQ) à cause de leurs coûts**

**(tel que physiothérapie, psychothérapie, diététique) ?**

- Jamais ou rarement
- Quelques fois
- Souvent ou très souvent
  
- Je n'ai pas eu besoin de ces services

**74. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous déjà payé directement un service que vous avez reçu ici ?**

- Non
- Oui 

**Si oui, veuillez préciser :**

*Cochez tout ce qui s'applique*

- Ouverture d'un dossier
- Remplir un formulaire
- Obtenir un billet du médecin (absence pour maladie)
- Services médicaux non couverts par l'assurance-maladie (RAMQ)
- Médicaments ou vaccins
- Frais administratifs, précisez : \_\_\_\_\_

**75. Combien avez-vous payé au total au cours des 12 derniers mois ?**

\_\_\_\_\_ \$

**76. En pensant maintenant aux 3 derniers mois : environ combien d' argent avez-vous dépensé (à vos frais) pour les services suivants? (Veuillez cocher la catégorie qui correspond le mieux ET indiquer le montant)**

**76a. Pour des médicaments prescrits par un professionnel de la santé ?**

- Je n'ai reçu aucune prescription
- 0 \$
- Entre 1\$ et 100\$ : Veuillez spécifier: \_\_\_\_\_ \$
- Entre 101\$ et 200\$ : Veuillez spécifier \_\_\_\_\_ \$
- Entre 201\$ et 500\$ : Veuillez spécifier \_\_\_\_\_ \$
- Plus de 500\$ : Veuillez spécifier: \_\_\_\_\_ \$

**76b. Pour des tests de laboratoire recommandés par un professionnel de la santé ?**

- Je n'ai reçu aucune prescription pour des tests ou examens
- 0 \$
- Entre 1\$ et 100\$ : Veuillez spécifier: \_\_\_\_\_ \$
- Entre 101\$ et 200\$ : Veuillez spécifier \_\_\_\_\_ \$
- Entre 201\$ et 500\$ : Veuillez spécifier \_\_\_\_\_ \$
- Plus de 500\$ : Veuillez spécifier: \_\_\_\_\_ \$

**76c. Pour des services d'aide psychologique (tel que soutien psychologique, psychothérapie) ?**

- Je n'ai pas utilisé de services d'aide psychologique
- 0 \$
- Entre 1\$ et 100\$ : Veuillez spécifier: \_\_\_\_\_ \$
- Entre 101\$ et 200\$ : Veuillez spécifier \_\_\_\_\_ \$
- Entre 201\$ et 500\$ : Veuillez spécifier \_\_\_\_\_ \$
- Plus de 500\$ : Veuillez spécifier: \_\_\_\_\_ \$

**76d. Pour des services de santé physique (tel que de la physiothérapie, la chiropratique, le massage des tissus profonds) ?**

- Je n'ai reçu aucune prescription pour des services de santé physiques
- 0 \$
- Entre 1\$ et 100\$ : Veuillez spécifier: \_\_\_\_\_ \$
- Entre 101\$ et 200\$ : Veuillez spécifier \_\_\_\_\_ \$
- Entre 201\$ et 500\$ : Veuillez spécifier \_\_\_\_\_ \$
- Plus de 500\$ : Veuillez spécifier: \_\_\_\_\_ \$

**À propos des expériences vécues avec tous les soins reçus dans d'autres endroits**

Cette section concerne les soins que vous avez reçus dans d'autres endroits au cours des 12 derniers mois.

**77. À part les personnes vues ici, qui d'autre avez-vous vu au cours des 12 derniers mois pour gérer votre condition de santé ?**

*Cochez tout ce qui s'applique*

- Seulement mon médecin habituel
- Un autre médecin de famille ou généraliste
- Un médecin spécialiste
- Une infirmière
- Une infirmière spécialisée (praticienne)
- Un(e) nutritionniste ou un(e) diététiste
- Un(e) physiothérapeute ou un(e) ergothérapeute
- Un(e) psychologue ou un(e) travailleur(se) social(e)
- Un guérisseur autochtone
- Médecine douce/alternative (ex: acuponcteur, chiropraticien, massothérapeute), précisez : \_\_\_\_\_
- Autre, précisez : \_\_\_\_\_
- Je ne reçois aucun soin en dehors d'ici

**78. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu assez de soutien de la part d'organismes ou de services de votre région pour vous aider à gérer vos problèmes de santé?**

- Non, pas du tout
- Non, pas vraiment
- Oui, jusqu'à un certain point
- Oui, Absolument
  
- Non, je n'ai pas eu besoin de ce type de soutien

**En pensant aux soins que vous avez reçus de TOUTES les personnes consultées dans TOUS les endroits où vous êtes allé(e) pour vos soins au cours des 12 derniers mois**

**79. Est-il arrivé que la personne que vous consultiez ne soit pas au courant de votre histoire médicale récente ?**

- Jamais ou rarement
- Parfois
- Souvent ou très souvent

**80. Est-il arrivé que la personne que vous consultiez n'ait pas accès à vos résultats récents de tests ou d'examens ?**

- Jamais ou rarement
- Parfois
- Souvent ou très souvent

81. Est-il arrivé que la personne que vous consultiez ne soit pas au courant des changements de traitement recommandés par une autre personne ?
- Jamais ou rarement
  - Parfois
  - Souvent ou très souvent
82. Est-il arrivé que vous ayez à répéter de l'information qui aurait due être dans votre dossier médical ?
- Jamais ou rarement
  - Parfois
  - Souvent ou très souvent
83. Au cours des 12 derniers mois, est-il arrivé qu'un médecin, une infirmière ou un pharmacien ne vous donne pas le bon médicament ou la bonne dose ?
- Oui
  - Non, pas à ma connaissance
84. Au cours des 12 derniers mois, vous a-t-on donné des résultats incorrects pour un test de laboratoire ou diagnostic ?
- Oui
  - Non, pas à ma connaissance

### Soins à domicile

Dans cette section, nous vous posons des questions à propos de personnes qui *ont été payées pour venir chez vous pour vous aider avec les soins personnels ou médicaux au cours des 3 derniers mois*.

85. Au cours des **3 derniers mois**, environ combien de fois est-ce que quelqu'un (tel qu'une infirmière ou un physiothérapeute) a été payé pour venir vous aider avec vos soins médicaux ?
- Aucune fois, je n'ai pas eu besoin d'aide
  - Une fois ou plus : Veuillez spécifier : \_\_\_\_\_ fois
86. Au cours des **3 derniers mois**, environ combien de fois est-ce que quelqu'un a été payé pour venir vous aider avec vos soins personnels comme pour aider pour le bain ou préparer des repas (excluant la popotte roulante) ?
- Aucune fois, je n'ai pas eu besoin d'aide
  - Une fois ou plus : Veuillez spécifier : \_\_\_\_\_ fois
87. Au cours des **3 derniers mois**, environ combien de fois est-ce que quelqu'un a été payé pour venir vous aider pour vos travaux ménagers que vous ne pouviez pas faire à cause de votre condition de santé ?
- Aucune fois, je n'ai pas eu besoin d'aide
  - Une fois ou plus : Veuillez spécifier : \_\_\_\_\_ fois

## À propos de vous

Nous avons besoin de quelques informations à propos de vous. Celles-ci nous permettront de savoir un peu plus comment nous prenons soin des gens comme vous.

88. Quelle est votre date de naissance ?

Année: \_\_\_\_\_ Mois: \_\_\_\_\_ Jour: \_\_\_\_\_

89. Vous êtes :

- Homme
- Femme
- Transgenre, transsexuel, ou une personne avec une histoire ou en processus de changement de sexe

90. a. Quelle est votre taille: \_\_\_\_\_ cm OU \_\_\_\_\_pieds \_\_\_\_\_pouces

b. Quel est votre poids: \_\_\_\_\_ kg OU \_\_\_\_\_livres

91. Êtes-vous né(e) au Canada ?

- Oui → Go to question 93
- Non ↓

Si non, en quelle année êtes-vous arrivé(e) pour vivre au Canada ?

\_\_\_\_\_

92. Dans quel pays êtes-vous né(e) ?<sup>1</sup>

- |                                       |  |                                      |
|---------------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Chine        | <input type="checkbox"/> Hongrie           | <input type="checkbox"/> Pologne     |
| <input type="checkbox"/> France       | <input type="checkbox"/> Indes             | <input type="checkbox"/> Sri Lanka   |
| <input type="checkbox"/> Portugal     | <input type="checkbox"/> Italie            | <input type="checkbox"/> Allemagne   |
| <input type="checkbox"/> Grèce        | <input type="checkbox"/> Jamaïque          | <input type="checkbox"/> Royaume Uni |
| <input type="checkbox"/> Guyane       | <input type="checkbox"/> Pays-Bas/Hollande | <input type="checkbox"/> Philippines |
| <input type="checkbox"/> États Unis   | <input type="checkbox"/> Hong Kong         | <input type="checkbox"/> Vietnam     |
| <input type="checkbox"/> Autre: _____ |  |                                      |

93. Êtes-vous d'origine autochtone ?

- Non
- Oui, des Premières Nations (Amérindiens)
  - Membre
  - Non-Membre
- Oui, Métis
- Oui, Inuk/Inuit(e)

**94. Vous pouvez appartenir à un ou plusieurs groupe(s) ethnique(s) ou culturel(s) de la liste qui suit.**

*Cochez tout ce qui s'applique*

**Êtes-vous... ?**

- Blanc
- Sud asiatique (ex : Indien, Pakistanais, Sri Lankais)
- Chinois
- Noir
- Philippin
- Latino américain
- Arabe
- Asiatique du sud est (ex : Vietnamien, Cambodgien, Malaisien, Laotien)
- Asiatique de l'ouest (ex : Iranien, Afghan)
- Coréen
- Japonais
- Autre groupe – Veuillez spécifier : \_\_\_\_\_

**95. Quelle(s) langue(s) parlez-vous habituellement à la maison?**

*Cochez tout ce qui s'applique*

- Anglais
- Français
- Autre langue (précisez) \_\_\_\_\_

**96. Qu'est-ce qui décrit le mieux votre situation actuelle:**

- Marié(e) ou conjoint(e) de fait
- Séparé(e)
- Divorcé(e)
- Veuf(ve)
- Célibataire (jamais marié(e))

**97. Quel énoncé décrit le mieux le plus haut niveau de scolarité que vous avez complété?**

- École secondaire non-complétée
- École secondaire complétée
- Études universitaires partielles ou études complètes dans un CEGEP, un collège technique ou un programme d'étude postsecondaire (école technique, de métiers ou formation professionnelle)
- Baccalauréat terminé (ex: B.A., B.Sc., B.Sc.Inf)
- Diplôme d'études supérieures ou diplôme professionnel (ex: M.D., D.M.D., D.M.V., O.D., Ph.D.)

**98. Lequel des énoncés suivant décrit le mieux ce que vous faites présentement ? (Si plus d'une situation s'applique à vous, cocher SEULEMENT la principale)**

- Travail à temps plein (y compris travail autonome ou programmes de formation au travail pendant 30 heures et plus chaque semaine)
- Travail à temps partiel (y compris travail autonome ou programmes de formation au travail de moins de 30 heures chaque semaine)
- Sans emploi
- Étudiant(e) à temps plein dans une école, collège(CEGEP) ou université
- Incapable de travailler en raison d'une maladie ou d'une invalidité de longue durée
- Mère/père au foyer

- À la retraite d'Un emploi rémunéré
- Je fais autre chose

**99. Quelle phrase décrit le mieux votre situation financière actuelle ?**

- Pauvre
- Très serrée
- Serrée
- Moyennement à l'aise
- À l'aise
- Très à l'aise

**100. Veuillez estimer dans lequel des groupes suivants le revenu total [2014] de votre ménage se situe :**

- Moins de 5 000\$
- De 5 000\$ à moins de 10 000\$
- De 10 000\$ à moins de 15 000\$
- De 15 000\$ à moins de 20 000\$
- De 20 000\$ à moins de 30 000\$
- De 30 000\$ à moins de 40 000\$
- De 40 000\$ à moins de 50 000\$
- De 50 000\$ à moins de 60 000\$
- De 60 000\$ à moins de 70 000\$
- De 70 000\$ à moins de 80 000\$
- De 80 000\$ à moins de 90 000\$
- De 90 000\$ à moins de 100 000\$
- De 100 000\$ à moins de 150 000\$
- 150 000\$ et plus

**À propos du système de santé**

**101. À quel point avez-vous confiance de pouvoir obtenir les services dont vous avez besoin dans un bureau de médecin ou dans une clinique médicale ou communautaire (CLSC) sans être obligé(e) d'aller à l'urgence d'un hôpital ?**

- 1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Pas du tout confiance

Totalement confiance

**102. Sur une échelle de 1 à 10, à quel point faites-vous confiance au système de santé de votre province ?**

- 1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Pas du tout confiance

Totalement confiance



## À propos de la visite que vous venez tout juste d'avoir

Les questions 103-116 portent sur la visite que vous venez tout juste d'avoir aujourd'hui. S'il vous plaît répondre à toutes les questions, même si elles semblent répétitives.

103. À quel point avez-vous trouvé aidant le personnel à l'accueil?

- Pas du tout aidant
- Pas très aidant
- Moyennement aidant
- Très aidant

104. Est-ce que le personnel à l'accueil vous a traité avec courtoisie et respect?

- Non, pas du tout
- Non, pas vraiment
- Oui, un peu
- Oui, généralement
- Oui, Totalement

105. Combien de temps avez-vous attendu dans la salle d'attente aujourd'hui ?

- Moins de 5 minutes
- De 5 à 10 minutes
- De 11 à 15 minutes
- De 16 à 30 minutes
- De 31 à 60 minutes
- De 61 à 90 minutes
- De 91 à 120 minutes
- Plus de 120 minutes

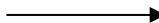

106. Avez-vous parlé à un médecin de famille aujourd'hui ?

- Oui, à mon médecin de famille habituel
  - Oui, à un autre médecin de famille
  - Non, à un autre type de professionnel
- Veillez préciser: \_\_\_\_\_

107. Si vous avez vu un médecin de famille, aviez-vous confiance au médecin à qui vous avez parlé ?

- Oui, totalement
- Oui, jusqu'à un certain point
- Non, pas du tout
- Je ne sais pas/Je ne peux pas dire

108. Avez-vous vu un autre professionnel de la santé lors de votre visite aujourd'hui ?

- Non  Passez à la question 110
- Oui 

**Veillez préciser :** *Cochez tout ce qui s'applique*

- Un autre médecin de famille ou généraliste
- Un médecin spécialiste
- Une infirmière
- Une infirmière spécialisée (praticienne)

- Un(e) nutritionniste ou un(e) diététiste
  - Un(e) physiothérapeute ou un(e) ergothérapeute
  - Un(e) psychologue ou un(e) travailleur(se) social(e)
  - Médecine douce/Alternative (ex., acuponcteur, chiropraticien, massothérapeute).
- précisez : \_\_\_\_\_
- Autre (précisez): \_\_\_\_\_

**108a. Aviez-vous confiance en cette personne que vous avez vue ou avec qui vous avez parlé aujourd'hui ?**

- Oui, totalement
- Oui, jusqu'à un certain point
- Non, pas du tout
- Je ne sais pas/Je ne peux pas dire

**109. Combien de temps a duré votre consultation ? (en incluant tous les professionnels que vous avez vus aujourd'hui)**  
 \_\_\_\_\_ minutes au total

**Pour les prochaines questions, nous faisons référence à la personne que vous avez vue aujourd'hui en utilisant le terme "le médecin de famille ou infirmière » car c'est habituellement le cas.**

**110. Comment évaluez-vous le médecin de famille ou l'infirmière sur le fait :**

**De vous avoir donné assez de temps ?**

- Très mauvais(e)
- Mauvais(e)
- Ni bon(ne), ni mauvais(e)
- Bon(ne)
- Très bon(ne)

**111. Comment évaluez-vous le médecin de famille ou l'infirmière sur le fait :**

**D'avoir été à l'écoute ?**

- Très mauvais(e)
- Mauvais(e)
- Ni bon(ne), ni mauvais(e)
- Bon(ne)
- Très bon(ne)

**112. Comment évaluez-vous le médecin de famille ou l'infirmière sur le fait :**

**De vous avoir expliqué les examens et les traitements ?**

- Très mauvais(e)
- Mauvais(e)
- Ni bon(ne), ni mauvais(e)
- Bon(ne)
- Très bon(ne)

**113. Comment évaluez-vous le médecin de famille ou l'infirmière sur le fait :**

**De vous avoir impliqué dans les décisions concernant vos soins ?**

- Très mauvais(e)
- Mauvais(e)
- Ni bon(ne), ni mauvais(e)
- Bon(ne)
- Très bon(ne)

**114. Après avoir vu le médecin de famille ou l'infirmière aujourd'hui, à quel point connaissez-vous vos problèmes de santé ou maladies :**

- Moins qu'avant la visite
- À peu près comme avant la visite
- Un peu plus qu'avant la visite
- Beaucoup plus qu'avant la visite

**115. Après avoir vu le médecin de famille ou l'infirmière aujourd'hui, à quel point êtes-vous confiant(e) de pouvoir faire face à vos problèmes de santé ou maladies ?**

- Moins qu'avant la visite
- À peu près comme avant la visite
- Un peu plus qu'avant la visite
- Beaucoup plus qu'avant la visite

**116. Après avoir vu le médecin de famille ou l'infirmière aujourd'hui, à quel point êtes-vous confiant(e) de pouvoir vous garder en bonne santé ?**

- Moins qu'avant la visite
- À peu près comme avant la visite
- Un peu plus qu'avant la visite
- Beaucoup plus qu'avant la visite

**Ceci met fin à notre questionnaire - *Merci !***