

## Évaluation des besoins de santé communautaire par The Health Collaborative

**Qui nous sommes :** The Health Collaborative est un groupe de partenaires qui travaillent ensemble pour réaliser une vision de santé exceptionnelle pour la région du Grand Cincinnati. Nous nous engageons à faire en sorte que tout le monde puisse bénéficier de soins de santé de qualité, accessibles et abordables.

**But de ce projet :** comprendre les fondements d'une communauté en meilleure santé.

**Ce que l'on vous demande :** en tant que membre de cette communauté, vous êtes prié(e) de répondre à une enquête sur votre santé.

**Thèmes abordés dans cette enquête:** l'enquête pose des questions de base sur votre santé, ce qui vous permet de rester en bonne forme ou vous empêche de l'être, et la façon dont notre communauté vous apporte une aide sanitaire.

Cette enquête est anonyme (personne ne connaîtra votre identité) et vos réponses ne seront pas partagées.

Lorsque vous aurez terminé de répondre, vous serez dirigé(e) vers une page où vous aurez la possibilité de participer à un **tirage au sort pour gagner une carte-cadeau Amazon de 100 \$**. Deux tirages sont organisés, ce qui vous laisse deux chances de gagner. Pour participer, on vous demandera votre nom et un numéro de téléphone, ou une adresse e-mail. **Votre participation au tirage au sort ne peut pas permettre d'identifier vos réponses à l'enquête.**

**Qui contacter pour demander de l'aide ou poser des questions :** Measurement Resources Company réalise cette enquête. Si vous avez des questions ou si vous avez besoin d'aide pour répondre à cette enquête, veuillez appeler Elizabeth Pafford au 614-947-8899 ou envoyez un e-mail à l'adresse [epafford@measurementresourcesco.com](mailto:epafford@measurementresourcesco.com).

### Dans quel comté vivez-vous ?

- |                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> IN-Dearborn  | <input type="checkbox"/> OH-Clark          |
| <input type="checkbox"/> IN-Franklin  | <input type="checkbox"/> OH-Clermont       |
| <input type="checkbox"/> IN-Ohio      | <input type="checkbox"/> OH-Clinton        |
| <input type="checkbox"/> IN-Union     | <input type="checkbox"/> OH-Drake          |
| <input type="checkbox"/> KY-Boone     | <input type="checkbox"/> OH-Greene         |
| <input type="checkbox"/> KY-Campbell  | <input type="checkbox"/> OH-Hamilton       |
| <input type="checkbox"/> KY-Grant     | <input type="checkbox"/> OH-Highland       |
| <input type="checkbox"/> KY-Kenton    | <input type="checkbox"/> OH-Miami          |
| <input type="checkbox"/> OH-Adams     | <input type="checkbox"/> OH-Montgomery     |
| <input type="checkbox"/> OH-Auglaize  | <input type="checkbox"/> OH-Preble         |
| <input type="checkbox"/> OH-Brown     | <input type="checkbox"/> OH-Shelby         |
| <input type="checkbox"/> OH-Butler    | <input type="checkbox"/> OH-Warren         |
| <input type="checkbox"/> OH-Champaign | <input type="checkbox"/> Aucun d'entre eux |

## Parlez-nous de vous

Pour nous aider à connaître la santé et les expériences relatives à la santé de toutes les personnes de notre communauté, nous aimerions avoir des informations de base sur vous.

**1. En quelle année êtes-vous né(e) ?**

**2. Quel est votre groupe ethnique ? (Veuillez cocher toutes les réponses possibles)**

- Amérindien ou autochtone d'Alaska
- Asiatique
- Noir américain ou afro-américain
- Hispanique, latino-américain ou d'origine espagnole
- Originaire d'Hawaï ou d'une autre île du Pacifique
- Blanc ou caucasien
- Refuse de répondre
- Autre origine ethnique (veuillez préciser)

**3. Quel est votre sexe sur votre certificat de naissance ? (Vous pourrez préciser votre identité de genre actuelle plus tard dans l'enquête)**

- Homme
- Femme
- Intersexué
- Refuse de répondre

**4. Quel type d'assurance santé ou d'assistance avez-vous ? (Veuillez cocher toutes les réponses possibles)**

- Pas d'assurance/d'assistance
- Assurance santé privée (de votre emploi ou de l'emploi de quelqu'un d'autre)
- Assurance Healthcare.gov (également appelée ACA, Obamacare ou assurance de marketplace)
- Medicare
- Medicaid
- Administration des prestations aux anciens combattants
- Assurance invalidité
- COBRA
- Refuse de répondre
- Autre, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

**5. Dans quel code postal habitez-vous ?**

## Problèmes de santé et accès à la santé

Cette section porte sur votre état de santé et les soins que vous recevez.

6. Ci-dessous, vous trouverez une liste des problèmes de santé rencontrés dans votre communauté. Dans les porte sur (*depuis avril 2020, soit l'époque où la COVID-19 nous a frappés*), avez-vous (et non des membres de la famille) eu besoin et/ou reçu un traitement pour l'un ou l'autre de ces problèmes de santé ? Veuillez choisir l'option qui vous concerne.

|   | Je n'ai pas eu ce problème médical l'an dernier | Je l'ai eu, mais je n'ai pas nécessité de traitement | Je l'ai eu et j'ai nécessité un traitement, mais je n'en ai pas reçu l'an dernier | J'ai reçu un traitement pour ce problème médical l'an dernier |
|---|---|--|---|---|
| a. Alzheimer  | 1   | 2  | 3   | 4   |
| b. Arthrite (arthrose) ou ostéoporose   | 1   | 2  | 3   | 4   |
| c. Maladies du sang   | 1   | 2  | 3   | 4   |
| d. Cancer   | 1   | 2  | 3   | 4   |
| e. Affections telles que tension artérielle élevée, taux de cholestérol élevé, maladie coronarienne, AVC, crise cardiaque ou autres affections similaires, ou autre maladie cardiovasculaire  | 1   | 2  | 3   | 4   |
| f. COVID-19   | 1   | 2  | 3   | 4   |
| g. Maladies pulmonaires (asthme, broncho-pneumopathie chronique obstructive [BPCO], emphysème, bronchite chronique ou autres affections similaires)   | 1   | 2  | 3   | 4   |
| h. Diabète de type 1 ou 2   | 1   | 2  | 3   | 4   |
| i. VIH/SIDA   | 1   | 2  | 3   | 4   |
| j. Troubles gastro-intestinaux  |   |  |   |   |
| k. IST ou MST (sauf VIH/SIDA)   | 1   | 2  | 3   | 4   |
| l. Grossesse/soins prénataux  | 1   | 2  | 3   | 4   |
| m. Complication de santé maternelle pendant la grossesse ou dans l'année qui a suivi l'accouchement (complications liées à la grossesse, hémorragie importante, tension artérielle élevée, dépression post-partum, cardiomyopathie) | 1   | 2  | 3   | 4   |
| n. Santé mentale (anxiété, dépression, etc.)  |   |  |   |   |
| o. Troubles neurologiques   | 1   | 2  | 3   | 4   |
| p. Trouble psychiatrique  | 1   | 2  | 3   | 4   |
| q. Alcool ou toxicomanie  | 1   | 2  | 3   | 4   |
| r. Vous avez envisagé ou prévu de vous faire du mal   | 1   | 2  | 3   | 4   |
| s. Blessure provoquée par un accident (accident de voiture, accident dû à un  | 1   | 2  | 3   | 4   |

Évaluation des besoins de santé communautaire par The Health Collaborative

|   | Je n'ai pas eu ce problème médical l'an dernier | Je l'ai eu, mais je n'ai pas nécessité de traitement | Je l'ai eu et j'ai nécessité un traitement, mais je n'en ai pas reçu l'an dernier | J'ai reçu un traitement pour ce problème médical l'an dernier |
|---|---|--|---|---|
| équipement agricole, morsure d'animal, empoisonnement non intentionnel, etc.) |   |  |   |   |

**7. Quels autres problèmes de santé avez-vous eus, qui auraient nécessité un traitement que vous n'avez pas reçu au cours des 12 derniers mois ? (Veuillez cocher toutes les réponses possibles.)**

- Maladie auto-immune (lupus, polyarthrite rhumatoïde, sclérose en plaques, etc.)
- Allergies
- Problèmes dentaires (maladie gingivale, caries, cavités dentaires, prothèses)
- Problèmes de vision (lunettes de vue, changement de la vision, chirurgie oculaire, cataracte)
- Migraines
- Problèmes de santé liés à la reproduction masculine autres qu'un cancer
- Problèmes de santé liés à la reproduction féminine autres qu'un cancer
- Autre (veuillez préciser) :
- Aucun

**8. Le cas échéant, pour quels problèmes de santé votre ou vos enfants ont-ils nécessité un traitement qu'ils n'ont pas reçu au cours des 12 derniers mois ? (Veuillez cocher toutes les réponses possibles.)**

- Soins de santé physique
- Soins de santé mentale
- Examens Well Child (bilan annuel)
- Problèmes de santé infantile (anomalie congénitale, naissance prématurée, faible poids de naissance)
- Autre (veuillez préciser) :
- Refuse de répondre
- Aucun
- Sans objet

**9. Dans les 12 derniers mois (depuis avril 2020, soit l'époque où la COVID-19 a frappé notre communauté), combien de fois avez-vous été contraint(e) de...**

|  | Jamais | Rarement | Quelquefois | Souvent | Toujours | Sans objet |
|--|--------|----------|-------------|---------|----------|------------|
| a. vous passer d'ordonnance ou de médicaments dont vous aviez besoin ?               | 1      | 2        | 3           | 4       | 5        | 0          |
| b. vous passer des tests recommandés par le médecin pour un problème médical ?       | 1      | 2        | 3           | 4       | 5        | 0          |
| c. vous passer des traitements recommandés par le médecin pour un problème médical ? | 1      | 2        | 3           | 4       | 5        | 0          |
| d. différer la consultation d'un médecin pour un problème médical ?                  | 1      | 2        | 3           | 4       | 5        | 0          |

**10. En pensant aux 12 mois avant la COVID-19, combien de fois avez-vous été contraint(e) de...**

|  | Jamais | Rarement | Quelquefois | Souvent | Toujours | Sans objet |
|--|--------|----------|-------------|---------|----------|------------|
| a. vous passer d'ordonnance ou de médicaments dont vous aviez besoin ? | 1      | 2        | 3           | 4       | 5        | 0          |
| b. vous passer des tests recommandés pour un problème médical ?        | 1      | 2        | 3           | 4       | 5        | 0          |
| c. vous passer des traitements recommandés pour un problème médical ?  | 1      | 2        | 3           | 4       | 5        | 0          |
| d. différer la consultation d'un médecin pour un problème médical ?    | 1      | 2        | 3           | 4       | 5        | 0          |

**11. De manière générale, dans quelle mesure vous sentez-vous à l'aise pour parler à des professionnels de santé (médecins, infirmier/infirmière praticien(ne), adjoint(e) au médecin, thérapeutes) de vos problèmes de santé ?**

| Pas du tout à l'aise | Assez à l'aise | Très à l'aise (passez à la question 12) | Je n'ai pas consulté de professionnel de santé (passer à la question 12) |
|----------------------|----------------|---|--|
| 1                    | 2              | 3                                       | 0  |

**12. Dans laquelle des situations suivantes seriez-vous plus à l'aise pour parler avec un professionnel de santé ? (cochez toutes les réponses possibles)**

- Il/elle est de la même origine ethnique ou du même milieu culturel que moi
- Pouvoir parler à un professionnel en personne plutôt qu'en virtuel ou qu'en passant par un service de télésanté
- Pouvoir parler à un professionnel au téléphone ou par l'ordinateur plutôt qu'en personne
- Avoir le sentiment que le professionnel de santé m'écoute ou comprend mes problèmes de santé
- Il/elle est du même genre que moi
- Il/elle utilise des mots que je peux comprendre
- Ce serait plus facile de communiquer à l'aide d'un(e) interprète (le cas échéant)
- Je peux parler au professionnel sans me sentir gêné(e) en raison de mes problèmes de santé
- Il n'y a pas d'autres personnes (famille, interprète, soignant(e) dans la pièce lorsque je parle au professionnel)
- J'ai le sentiment que les professionnels se soucient de mes intérêts
- Refuse de répondre
- Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

**13. De manière générale, comment décrivez-vous la qualité des soins de santé que vous recevez habituellement ?**

| Médiocre | Acceptable | Bonne | Très Bonne | Excellente | Sans objet |
|----------|------------|-------|------------|------------|------------|
| 1        | 2          | 3     | 4          | 5          | 0          |

**14. Quand vous êtes malade ou que vous vous inquiétez pour votre santé, où allez-vous le plus souvent chercher de l'aide ? (Veuillez cocher une seule réponse)**

- Je demande conseil à une personnalité spirituelle ou culturelle
- J'appelle une hotline ou une autre ligne d'assistance
- Médecin généraliste
- Service des urgences de l'hôpital
- Dispensaire
- Ami ou membre de la famille
- Centre de soins de santé/FQHC (centres de soins de santé de quartier)
- Pharmacie
- Je cherche en ligne un professionnel de santé
- Je cherche en ligne des informations sur mes symptômes
- Je parle avec mon assurance médicale
- Soins urgents
- Clinique sans rendez-vous (clinique minute)
- Je n'ai nulle part où aller ni personne chez qui me rendre
- Refuse de répondre
- Autre, veuillez préciser \_\_\_\_\_

**15. En pensant au lieu que vous avez sélectionné ci-dessus, combien de temps vous faut-il habituellement pour y aller ?**

- Je ne me déplace pas, je reçois généralement des services virtuels/de télésanté
- Moins de 10 minutes de chez moi
- Entre 10 et 20 minutes de chez moi
- Entre 21 et 30 minutes de chez moi
- Plus de 30 minutes de chez moi
- Je n'ai pas reçu/je ne reçois pas de soins de santé
- Je ne sais pas
- Refuse de répondre

**16. À quelle fréquence passez-vous des « contrôles » ou des « examens physiques » (y compris mammographie, frottis cervical, coloscopie, dépistage du cancer de la prostate) ?**

- Plus d'une fois par an
- Une fois par an
- Une fois tous les deux ans
- Une fois tous les trois à cinq ans
- Pas depuis plus de cinq ans
- Jamais ou presque jamais
- Refuse de répondre

## Obstacles aux soins de santé

Cette section porte sur les obstacles que de nombreuses personnes rencontrent dans votre communauté. Réfléchissez à toutes les fois où vous demandez (recherchez) ou obtenez (recevez) des soins ou un traitement pour vos problèmes de santé. Puis répondez aux questions suivantes.

**17. De manière générale, à quelle fréquence les affirmations suivantes s'appliquent-elles quand vous demandez/recevez des soins de santé ?**

|  | Jamais | Rarement | Quelquefois | Souvent | Toujours | Sans objet |
|--|--------|----------|-------------|---------|----------|------------|
| a. Je ne peux pas prendre de rendez-vous car ils ne sont pas disponibles après les heures de travail ou le week-end. | 1      | 2        | 3           | 4       | 5        | 0          |
| b. Je ne sais pas où aller pour recevoir les soins de santé dont j'ai besoin.  | 1      | 2        | 3           | 4       | 5        | 0          |
| c. Je n'arrive pas à me faire rappeler pour prendre rendez-vous.   | 1      | 2        | 3           | 4       | 5        | 0          |
| d. Je dois attendre longtemps dans la salle d'attente ou d'examen avant de voir un médecin.                          | 1      | 2        | 3           | 4       | 5        | 0          |
| e. Je n'arrive pas à trouver un médecin/un professionnel qui   | 1      | 2        | 3           | 4       | 5        | 0          |

Évaluation des besoins de santé communautaire par The Health Collaborative

|   | Jamais | Rarement | Quelquefois | Souvent | Toujours | Sans objet |
|---|--------|----------|-------------|---------|----------|------------|
| respecte mon identité de genre ou mon orientation sexuelle.   |        |          |             |         |          |            |
| f. Je subis de la discrimination dans les soins de santé à cause de mon genre et/ou de mon identité/orientation sexuelle. | 1      | 2        | 3           | 4       | 5        | 0          |

**18. De manière générale, à quelle fréquence les affirmations suivantes s'appliquent-elles quand vous demandez/recevez des soins de santé ?**

|   | Jamais | Rarement | Quelquefois | Souvent | Toujours | Sans objet |
|---|--------|----------|-------------|---------|----------|------------|
| a. Je n'arrive pas à trouver un médecin/un professionnel qui parle/comprend ma langue ou dispose de services de traduction. | 1      | 2        | 3           | 4       | 5        | 0          |
| b. Je n'arrive pas à trouver un médecin/un professionnel qui comprend/respecte ma culture.                                  | 1      | 2        | 3           | 4       | 5        | 0          |
| c. Je subis de la discrimination dans les soins de santé en raison de mon origine ethnique et/ou de ma culture.             | 1      | 2        | 3           | 4       | 5        | 0          |
| d. Je ne peux pas me permettre d'aller chez le médecin.   | 1      | 2        | 3           | 4       | 5        | 0          |
| e. Je ne peux pas me permettre d'acheter mes médicaments.   | 1      | 2        | 3           | 4       | 5        | 0          |
| f. Je n'ai pas de téléphone pour prendre rendez-vous avec un médecin/pour des soins de santé.                               | 1      | 2        | 3           | 4       | 5        | 0          |
| g. Je ne possède pas d'ordinateur fiable ni de connexion internet pour les services de télésanté.                           | 1      | 2        | 3           | 4       | 5        | 0          |



**19. De manière générale, à quelle fréquence les affirmations suivantes s'appliquent-elles quand vous demandez/recevez des soins de santé ?**

|   | Jamais | Rarement | Quelquefois | Souvent | Toujours | Sans objet |
|---|--------|----------|-------------|---------|----------|------------|
| a. Je ne me sens pas en sécurité dans un centre de soins de santé parce que j'ai peur d'attraper la COVID-19.                       | 1      | 2        | 3           | 4       | 5        | 0          |
| b. Je ne me sens pas en sécurité dans la ville/le quartier où se trouve le centre de soins de santé.                                | 1      | 2        | 3           | 4       | 5        | 0          |
| c. Je ne reçois pas de soins parce que j'ai peur des résultats de mon bilan de santé.   | 1      | 2        | 3           | 4       | 5        | 0          |
| d. Je ne reçois pas de soins parce que j'ai peur de ce que penseraient mes amis, ma famille ou ma communauté si j'allais consulter. | 1      | 2        | 3           | 4       | 5        | 0          |
| e. Je ne reçois pas de soins parce que j'ai peur que le personnel de santé me juge.   | 1      | 2        | 3           | 4       | 5        | 0          |
| f. Je reporte les soins de santé parce que je pense que mes symptômes vont s'améliorer tout seuls.                                  | 1      | 2        | 3           | 4       | 5        | 0          |
| g. Je ne reçois pas de soins parce que je pense que le système de santé ne se soucie pas de mes intérêts.                           | 1      | 2        | 3           | 4       | 5        | 0          |

Les facteurs de santé communautaires

**20. Ci-dessous, vous trouverez une liste des paramètres qui peuvent influencer sur la santé. Dans quelle mesure êtes-vous concerné(e) dans votre foyer ou votre communauté ?**

|  | Dans une très petite mesure | Dans une petite mesure | Dans une certaine mesure | Dans une grande mesure | Dans une très grande mesure | Je ne sais pas/<br>Sans objet |
|--|-----------------------------|------------------------|--------------------------|------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| a. Violence dans le quartier   | 1                           | 2                      | 3                        | 4                      | 5                           | 0                             |
| b. Lieu de travail qui n'est pas sûr (danger ou risque de préjudice) | 1                           | 2                      | 3                        | 4                      | 5                           | 0                             |
| c. Connexion internet stable   | 1                           | 2                      | 3                        | 4                      | 5                           | 0                             |
| d. Connexion téléphonique stable                                     | 1                           | 2                      | 3                        | 4                      | 5                           | 0                             |
| e. Accès à l'eau potable (sans plomb ni autres matières néfastes)    | 1                           | 2                      | 3                        | 4                      | 5                           | 0                             |
| f. Air pur (sans produits chimiques néfastes)                        | 1                           | 2                      | 3                        | 4                      | 5                           | 0                             |
| g. Espaces verts à distance de marche                                | 1                           | 2                      | 3                        | 4                      | 5                           | 0                             |

Évaluation des besoins de santé communautaire par The Health Collaborative

|                                     | Dans une très petite mesure | Dans une petite mesure | Dans une certaine mesure | Dans une grande mesure | Dans une très grande mesure | Je ne sais pas/<br>Sans objet |
|-------------------------------------|-----------------------------|------------------------|--------------------------|------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| h. Accès à des garderies de qualité | 1                           | 2                      | 3                        | 4                      | 5                           | 0                             |
| i. Écoles de qualité à proximité    | 1                           | 2                      | 3                        | 4                      | 5                           | 0                             |

**21. Ci-dessous, vous trouverez une liste des facteurs qui peuvent influencer sur santé. À quelle fréquence êtes-vous concerné(e) par ces facteurs ?**

| À quelle fréquence....   | Jamais ou presque jamais | Rarement | Quelquefois | Souvent | Toujours ou presque toujours | Je ne sais pas/<br>Sans objet |
|--|--------------------------|----------|-------------|---------|------------------------------|-------------------------------|
| a. Avez-vous des moyens de transport fiables ?                                 | 1                        | 2        | 3           | 4       | 5                            | 0                             |
| b. Avez-vous assez de nourriture ?   | 1                        | 2        | 3           | 4       | 5                            | 0                             |
| c. Avez-vous assez d'argent pour payer vos factures ?                          | 1                        | 2        | 3           | 4       | 5                            | 0                             |
| d. Avez-vous un logement sûr et stable ?                                       | 1                        | 2        | 3           | 4       | 5                            | 0                             |
| e. Avez-vous de la famille ou des amis pour parler de vos problèmes de santé ? | 1                        | 2        | 3           | 4       | 5                            | 0                             |
| f. Avez-vous quelqu'un à qui parler d'autres problèmes graves ?                | 1                        | 2        | 3           | 4       | 5                            | 0                             |
| g. Avez-vous été harcelé(e) (autrefois ou maintenant) ?                        | 1                        | 2        | 3           | 4       | 5                            | 0                             |
| h. Vous sentez-vous lié(e) à votre communauté ?                                | 1                        | 2        | 3           | 4       | 5                            | 0                             |

**Autres facteurs de santé**

Ci-dessous, vous trouverez une liste des autres facteurs qui peuvent influencer sur la santé. Veuillez choisir l'option qui vous décrit le mieux pour chaque question.

**22. À peu près toutes les semaines, à quelle fréquence faites-vous une activité physique qui dure 30 minutes ou plus ?**

- Moins d'1 jour par semaine
- 1 jour par semaine
- 2 jours par semaine
- 3 jours par semaine
- 4 jours par semaine
- 5 jours par semaine ou plus
- Refuse de répondre

Évaluation des besoins de santé communautaire par The Health Collaborative

- 23.** Fumez-vous actuellement du tabac ?
- Oui
  - Non
  - Refuse de répondre
- 24.** Utilisez-vous actuellement des cigarettes électroniques (e-cigarettes)/des produits à vapoter ?
- Oui
  - Non
  - Refuse de répondre
- 25.** Combien de fois avez-vous consommé 5 boissons alcoolisées ou plus (4 ou plus pour une femme) en une seule occasion au cours du mois dernier ?
- Jamais
  - Moins d'une fois par mois
  - Une ou deux fois par mois
  - Moins d'une fois par semaine
  - Une ou deux fois par semaine
  - 3 à 6 jours par semaine
  - Tous les jours ou presque
  - Refuse de répondre
- 26.** Avez-vous une tension artérielle élevée ?
- Oui
  - Non
  - Pas sûr(e)
  - Refuse de répondre
- 27.** Avez-vous un taux de cholestérol élevé ?
- Oui
  - Non
  - Pas sûr(e)
  - Refuse de répondre
- 28.** Comment évaluez-vous votre habitude générale de manger des aliments sains (par ex. fruits, légumes, céréales, produits laitiers, viande maigre comme volaille, poisson et œufs) ?
- Médiocre
  - Acceptable
  - Bonne
  - Très bonne
  - Excellente
  - Refuse de répondre

**29. Laquelle des affirmations suivantes décrit le mieux votre poids ?**

- Poids insuffisant
- Poids normal
- Surpoids
- Obèse
- Pas sûr(e)
- Refuse de répondre

### **Données démographiques supplémentaires**

Pour nous aider à déterminer les différences concernant les besoins et les expériences de santé dans notre communauté, veuillez répondre aux questions suivantes. Elles vous concernent.

**30. Comment vous définissez-vous :**

- Homme
- Femme
- Homme transgenre/homme trans/femme vers homme
- Femme transgenre/femme trans/homme vers femme
- Agenre
- Personne au genre variant/Genre fluide/Non binaire/Non conforme au genre, ni exclusivement homme ou femme
- Personne bispirituelle
- Refuse de répondre
- Catégorie de genre supplémentaire (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

**31. Avez-vous été en service actif dans les Forces armées, les réserves militaires ou la Garde nationale des États-Unis ?**

- Oui, je sers actuellement
- Oui, je suis un ancien combattant
- Non, je ne sers pas actuellement et je ne suis pas un ancien combattant
- Refuse de répondre

**32. Avez-vous déjà été arrêté(e) ou emprisonné(e), vous ou quelqu'un de votre foyer ?**

- Oui
- Non
- Refuse de répondre

**33. Laquelle des affirmations suivantes décrit le mieux votre situation d'emploi ?**

- Employé(e)/Indépendant(e), à temps complet
- Employé(e)/Indépendant(e), à temps partiel
- Non employé(e), en recherche d'emploi
- Non employé(e), ne recherche PAS d'emploi
- Retraité(e)
- En situation de handicap, ne peut pas travailler
- Refuse de répondre

**34. Quel est votre niveau d'anglais ?**

- Je parle très bien anglais (couramment)
- Je parle un peu anglais (limité)
- Je ne parle pas anglais (pas du tout)
- Refuse de répondre

**35. Quel est le revenu annuel de votre foyer (tous les revenus combinés des personnes vivant dans votre maison) ?**

- Moins de 25 000 \$
- De \$25 000 à 34 999 \$
- De \$35 000 à 49 999 \$
- De \$50 000 à 74 999 \$
- \$75 000 et plus
- Pas sûr(e)/Je ne sais pas
- Refuse de répondre

**36. Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous avez atteint ?**

- Études primaires
- Certaines études secondaires
- Diplôme d'études secondaires/Formation générale
- Certains diplômes universitaires ou équivalents
- Premier cycle universitaire
- Deuxième cycle universitaire ou plus
- Refuse de répondre

**37. Vous considérez-vous comme :**

- Hétéro ou hétérosexuel(le)
- Lesbienne ou gay
- Homosexuel ou gay
- Un homme qui a des relations sexuelles avec un autre homme
- Bisexuel(le)
- Asexuel(le)
- Aromantique
- Queer, pansexuel(le) et/ou en questionnement
- Ne sait pas
- Refuse de répondre
- Quelqu'un d'autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

**38. Dans chacun de ces groupes d'âge, combien de personnes vivent dans votre foyer (y compris vous-même) ?**

Moins de 5 ans \_\_\_\_\_  
de 5 à 17 ans (enfants) \_\_\_\_\_  
de 18 à 64 ans (adultes) \_\_\_\_\_  
65 ans et plus (sénior) \_\_\_\_\_  
Refuse de répondre

**39. Êtes-vous une famille d'accueil ou un jeune est-il placé dans votre foyer ?**

- Oui
- Non
- Refuse de répondre

**40. Est-ce que vous vous occupez d'un membre de la famille ou d'un(e) ami(e) qui a des problèmes de santé ou est en situation de handicap ?**

- Oui et le bénéficiaire des soins a **plus** de 18 ans
- Oui et le bénéficiaire des soins a **moins** de 18 ans
- Non
- Refuse de répondre

**41. Souffrez-vous de l'un des handicaps suivants ? (Veuillez cocher toutes les réponses possibles)**

- Je ne suis pas en situation de handicap
- Affection chronique
- Démence
- Trouble du développement
- Difficulté à voir
- Difficulté à entendre ou à être compris
- Déficience intellectuelle
- Autre trouble de la communication
- Autre trouble mental/cognitif (par ex. traumatisme cérébral)
- Autre handicap
- Incapacité physique/Déficience motrice
- Refuse de répondre

**Participation au tirage au sort communautaire**

Ces informations serviront uniquement pour le tirage au sort et ne seront consultées par aucune personne extérieure à Measurement Resources Company.

Aucun lien ne pourra être fait entre ces informations et vos réponses à l'enquête.

Deux noms seront choisis au hasard le 15 juin.

Vous serez contacté(e) si votre nom est tiré au sort.

Voulez-vous participer au tirage au sort pour gagner l'une des deux cartes-cadeaux Amazon d'une valeur de \$ 100 ?

- Oui (veuillez continuer sur la page suivante pour remplir le formulaire de participation)
- Non (merci). Vous avez terminé l'enquête.

Évaluation des besoins de santé communautaire par The Health Collaborative

**Bon de participation (à détacher de l'enquête)**

Votre nom :

Votre adresse e-mail :

Votre numéro de téléphone :