



Questions du sondage

Extrait du rapport du CCCE *Être aidant au Canada : Enquête auprès des aidants et des fournisseurs de soins à travers le Canada*



Les questions posées dans le cadre du Sondage national sur la prestation de soins sont présentées ci-dessous. Ces questions ont été posées à la fois dans le cadre du sondage par panel et du sondage ouvert (voir la section Méthodologie, page 11 pour plus d'informations sur la réalisation du sondage). Veuillez noter que cette liste de questions ne reflète pas les schémas logiques du sondage basés sur les réponses des participants ou la randomisation des options de réponse.

Données démographiques

1. **Dans lequel des groupes d'âge suivants vous situez-vous?**

- a) Moins de 14 ans
- b) De 14 à 17 ans
- c) Moins de 18 ans
- d) De 18 à 24 ans
- e) De 25 à 34 ans
- f) De 35 à 44 ans
- g) De 45 à 54 ans
- h) De 55 à 64 ans
- i) De 65 à 74 ans
- j) 75 ans ou plus
- k) Je préfère ne pas répondre

2. **Veillez sélectionner votre genre :**

- a) Femme
- b) Homme
- c) Genre non binaire
- d) Autre, veuillez préciser :
- e) Je préfère ne pas répondre

3. **Parmi ces termes couramment utilisés, lequel utiliseriez-vous pour décrire votre orientation sexuelle?**

- a) Lesbienne
- b) Gai
- c) Bisexuel(le)
- d) Pansexuel(le)
- e) Queer
- f) Asexuel(le)
- g) Hétérosexuel(le) ou « straight »
- h) Bispirituel(le)
- i) Indécis(e) ou en questionnement
- j) Mon orientation sexuelle ne figure pas dans cette liste (veuillez préciser) :
- k) Je préfère ne pas répondre

4. **Dans quelle province ou quel territoire résidez-vous?**

- a) [BC] Colombie-Britannique
- b) [AB] Alberta
- c) [SK] Saskatchewan
- d) [MB] Manitoba
- e) [ON] Ontario
- f) [QC] Québec
- g) [NB] Terre-Neuve et Labrador
- h) [NS] Nouveau-Brunswick
- i) [PE] Nouvelle-Écosse
- j) [NF] Île-du-Prince-Édouard
- k) [NT] Territoires du Nord-Ouest
- l) [YK] Yukon
- m) [NU] Nunavut

5. **À quel niveau se situe la dernière année de scolarité que vous avez terminée?**

- a) Primaire
- b) Secondaire
- c) Études collégiales ou formation professionnelle/école de métiers
- d) Études universitaires en partie – certificats et diplômes

- e) 1er cycle universitaire – baccalauréat (B.A.)
- f) 2e cycle universitaire – maîtrise (M.A.)
- g) 3e cycle universitaire – doctorat (PhD)
- h) Je préfère ne pas répondre

6. **Quelle est votre origine ethnique?**

- a) Noir (d'origine africaine, afro-caribéenne/antillaise, afro-canadienne)
- b) Est-Asiatique (d'origine chinoise, coréenne, japonaise, taïwanaise)
- c) Latin-x (d'origine latino-américaine, hispanique)
- d) Moyen-Oriental (d'origine arabe, persane, asiatique occidentale; p. ex. Afghan, Égyptien, Iranien, etc)
- e) Sud-Asiatique (d'origine sud-asiatique, p. ex. Indien, Sri-Lankais, Indo-Caribéen, etc.)
- f) Asiatique du Sud-Est (d'origine philippine, cambodgienne, thaïlandaise, ou autre origine de l'Asie du Sud-Est)
- g) Blanc (d'origine européenne)
- h) Autre, veuillez préciser :
- i) Je préfère ne pas répondre

7. **Êtes-vous membre des Premières Nations, Métis or Inuk (Inuit)?**

- a) Non, je ne suis pas des Premières Nations, Métis, or Inuk (Inuit)
- b) Oui, Premières Nations (Indiens d'Amérique du Nord)
- c) Oui, Métis
- d) Oui, Inuk (Inuit)

8. **Quelle est votre confession religieuse?**

- a) Catholique
- b) Protestant
- c) Musulman
- d) Bouddhiste
- e) Orthodoxe
- f) Juif
- g) Hindou
- h) Autre
- i) Athée (non religieux)
- j) Je préfère ne pas répondre

9. **Quel est votre statut de résidence au Canada?**
- a) Citoyen(ne) canadien(ne)
 - b) Résident(e) permanent(e)
 - c) Résident(e) temporaire
 - d) Réfugié(e)
 - e) Demandeur d'asile
 - f) Je préfère ne pas répondre
10. **Êtes-vous né(e) au Canada?**
- a) Oui
 - b) Non
 - c) Je ne sais pas
 - d) Je préfère ne pas répondre
11. **Depuis combien de temps vivez-vous au Canada?**
- a) Moins d'un an
 - b) 1 an à moins de 5 ans
 - c) 5 ans à moins de 11 ans
 - d) 11 ans à moins de 21 ans
 - e) 21 ans ou plus
 - f) Je préfère ne pas répondre
12. **Laquelle des options suivantes correspond le plus à votre situation relationnelle?**
- a) Célibataire
 - b) Marié(e) ou conjoint(e) de fait
 - c) Veuf(ve)
 - d) Divorcé(e)
 - e) Séparé(e)
 - f) Je préfère ne pas répondre
13. **Laquelle des options suivantes décrit le mieux l'endroit où vous habitez?**
- a) Zone urbaine
 - b) Banlieue
 - c) Zone rurale
 - d) Je préfère ne pas répondre

14. **Parmi les catégories suivantes, laquelle reflète le mieux le revenu total avant impôt de tous les membres de votre foyer?**

- a) \$19 999 \$ et moins
- b) Entre 20 000 \$ et 39 999 \$
- c) Entre 40 000 \$ et 59 999 \$
- d) Entre 60 000 \$ et 79 999 \$
- e) Entre 80 000 \$ et 99 999 \$
- f) 100 000 \$ ou plus
- g) Je préfère ne pas répondre

15. **Quelle(s) langue(s) parlez-vous régulièrement à la maison?**

- a) Anglais
- b) Français
- c) Première Nation/autochtone (veuillez préciser)
- d) Arabe
- e) Chinois, cantonais, mandarin
- f) Philippin / Tagalog
- g) Allemand
- h) Indien, Hindi, gujarati
- i) Italien
- j) Coréen
- k) Pakistanais, Punjabi, Ourdou
- l) Persan, Farsi
- m) Russie
- n) Espagnol
- o) Tamoul
- p) Vietnamien
- q) Autre, veuillez préciser :
- r) Je préfère ne pas répondre

16. **Quelle est votre situation d'emploi actuelle?**

- a) Employé(e) à temps plein
- b) Employé(e) à temps partiel
- c) Travailleur(se) autonome / à votre compte

- d) Étudiant(e)
- e) Au foyer à temps plein
- f) Sans emploi
- g) Retraité(e)
- h) Je préfère ne pas répondre

Identifier les aidants, les fournisseurs de soins et les tâches de soins

1. **Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fourni du soutien ou des soins à une personne souffrant d'un problème de santé, d'une maladie mentale ou d'un handicap?**
 - a) Oui, dans le cadre d'un travail rémunéré
 - b) Oui, sans rémunération pour un membre de la famille, un ami ou un voisin (y compris les soins prodigués à vos propres enfants de moins de 15 ans s'ils souffrent d'un problème de santé ou d'un handicap médical ou mental)
 - c) Aucun de ces choix
2. **Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fourni du soutien ou des soins à une personne qui a des difficultés en lien avec le vieillissement?**
 - a) Oui, dans le cadre d'un travail rémunéré
 - b) Oui, sans rémunération pour un membre de la famille, un ami ou un voisin
 - c) Aucun de ces choix
3. **Si vous vous occupez de plus d'une personne, quelle est votre relation avec les autres personnes dont vous prenez soin, autres que votre principal bénéficiaire de soins?**
 - a) Conjoint(e) ou partenaire
 - b) Parent
 - c) Enfant
 - d) Frère ou sœur
 - e) Autre membre de la famille
 - f) Ami(e)
 - g) Employeur
 - h) Voisin(e)
 - i) Autre
 - j) Je prends soin de seulement un(e) person(ne)
 - k) Je préfère ne pas répondre

4. **Quel âge a votre principal bénéficiaire de soins? Si vous ne connaissez pas son âge exact, veuillez fournir votre meilleure estimation. Si c'est un enfant âgé de moins de 1 an, veuillez inscrire « 0 ».**
- a) _____
 - b) Je ne sais pas
5. **Est-ce que votre principal bénéficiaire de soins habite avec vous?**
- a) Oui
 - b) Non
 - c) Je préfère ne pas répondre
6. **Quelle est la principale affection ou le principal problème de santé pour lequel votre principal bénéficiaire de soins nécessite de l'aide ou des soins? Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent.**
- a) Handicap intellectuel ou de développement
 - b) Handicap physique
 - c) Handicap sensoriel (p. ex. : malentendant, sourd, aveugle, malvoyant, sourd aveugle)
 - d) Difficultés liées au vieillissement
 - e) Maladie mentale
 - f) Dépendance
 - g) Problème de santé physique (maladie cardiaque, diabète, etc.)
 - h) Maladie génétique (drépanocytose (anémie falciforme), fibrose kystique, maladie de Huntington, etc.)
 - i) Maladie rare (syndrome d'Ehlers-Danlos, dystrophie musculaire de Duchenne, etc.)
 - j) Régression des fonctions cognitives (Alzheimer, démence)
 - k) Cancer
 - l) COVID longue
 - m) Autre, veuillez préciser :
 - n) Je ne sais pas

7. **Depuis combien de temps fournissez-vous de l'aide et des soins à votre principal bénéficiaire de soins?**
- a) _____ années
 - b) Moins d'un an
 - c) Je préfère ne pas répondre
8. **Pendant combien d'heures au cours d'une période normale de 24 heures fournissez-vous activement de l'aide et des soins à votre principal bénéficiaire de soins? (Calculez ces heures sur la base du temps que vous consacrez à fournir activement de l'aide avec les activités de la vie quotidienne telles que l'hygiène personnelle ou la toilette, l'habillage, la salle de bain, l'aide à manger ou les activités instrumentales de la vie quotidienne telles que la cuisine, le ménage, le transport, la lessive et la gestion des finances.)**
- a) ____ heure(s)
 - b) Je préfère ne pas répondre
9. **Quels types d'aide et de soutien fournissez-vous à votre principal bénéficiaire de soins? Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent.**
- a) Transport (p. ex. : faire les courses, se rendre à des rendez-vous médicaux, se rendre à des événements sociaux)
 - b) Préparer les repas, nettoyer après le repas, faire le ménage ou laver le linge
 - c) Travaux d'entretien de la maison ou travaux à l'extérieur (p. ex. : réparations domiciliaires, entretien de la pelouse, déneigement)
 - d) Soins personnels (p. ex. : l'aider à se laver, à s'habiller, à manger)
 - e) Traitements médicaux ou procédures médicales (p. ex. : changer des bandages ou des pansements, l'aider à prendre ses médicaments, tests de glycémie)
 - f) Programmer ou coordonner les soins (p. ex. : organiser le calendrier des soins, prendre des rendez-vous, engager des professionnels de soutien)
 - g) Gérer les finances (p. ex. : transactions bancaires, paiement des factures, gestion des demandes de remboursement par l'assurance)
 - h) Soutien émotionnel (p. ex. : passer du temps avec la personne, lui parler et l'écouter)
 - i) Soutien financier
 - j) L'aider à accéder à des activités récréatives
 - k) L'aider à accéder à une communauté religieuse/spirituelle (p. ex. : aller à l'église, la synagogue, la mosquée, etc.)
 - l) Soutien pendant la nuit
 - m) Autre, veuillez préciser :
 - n) Je ne sais pas

10. **Y a-t-il dans votre foyer une personne de moins de 18 ans qui aide à fournir des soins et du soutien? Par exemple, des enfants qui aident à prendre soin de grands-parents âgés.**
- a) Oui
 - b) Non
 - c) Je préfère ne pas répondre
11. **Globalement, comment évaluez-vous votre santé physique?**
- a) Excellente
 - b) Très bonne
 - c) Bonne
 - d) Passable
 - e) Mauvaise
 - f) Je ne sais pas
12. **Globalement, comment évaluez-vous votre santé mentale?**
- a) Excellente
 - b) Très bonne
 - c) Bonne
 - d) Passable
 - e) Mauvaise
 - f) Je ne sais pas
13. **Au cours des 12 derniers mois, vos responsabilités en tant qu'aidant(e) vous ont-elles fait ressentir ou vivre les situations suivantes?**
- a) De la fatigue
 - b) De l'inquiétude ou de l'angoisse
 - c) Le sentiment d'être débordé
 - d) De la solitude
 - e) De l'isolement
 - f) De la colère ou de l'irritabilité
 - g) Du mécontentement
 - h) De la déprime
 - i) Une perte d'appétit
 - j) Des problèmes de sommeil

k) Un autre symptôme ou sentiment, veuillez préciser :

l) Aucun

m) Je ne sais pas

14. **En repensant aux 12 derniers mois, auxquels des termes suivants associeriez-vous vos responsabilités d'aidant(e)?**

a) Accomplissement

b) Appréciation

c) Apprentissage

d) Faire une différence

e) Épanouissement

f) Fierté

g) Sentiment d'être important(e)

h) Bonheur

i) Autre, veuillez préciser :

j) Aucun

k) Je ne sais pas

Accès

1. **Au cours des 12 derniers mois, avez-vous recherché des informations les ressources, les services, les programmes et prestations offerts aux aidants?**

a) Oui

b) Non

c) Je ne sais pas

2. **Au cours des 12 derniers mois, avez-vous essayé d'accéder à des informations sur les ressources, les services, les programmes et prestations offerts aux aidants?**

a) Oui

b) Non

c) Je ne sais pas

3. **Au cours des 12 derniers mois, avez-vous bénéficié de prestations financières pour les aidants? Les prestations financières peuvent comprendre des crédits d'impôt et des aides au revenu ou d'autres services destinés à vous aider à assumer vos responsabilités d'aidant(e).**

a) Oui

b) Non

c) Je ne sais pas

4. **Dans quelle mesure êtes-vous satisfait(e) ou insatisfait(e) du soutien ou des services que vous avez reçus en tant qu'aidant(e) au cours des 12 derniers mois?**
- a) Très satisfait(e)
 - b) Assez satisfait(e)
 - c) Peu satisfait(e)
 - d) Pas du tout satisfait(e)
 - e) Je n'ai reçu aucun soutien ou service.
 - f) Je ne sais pas
5. **Où avez-vous accédé à des informations sur le soutien, les services, les avantages ou les prestations offerts aux aidants?**
- a) Clinique sans rendez-vous
 - b) Médecin de famille
 - c) Autre praticien (pédiatre, oncologue, etc.)
 - d) Par téléphone
 - e) Autre organisation de soutien (Organisme de soutien aux aidants naturels de l'Ontario, L'Appui Québec, etc.)
 - f) Organismes caritatifs
 - g) Famille
 - h) Soutien pastoral (p. ex. : église, synagogue, mosquée, etc.)
 - i) Ami(e)
 - j) En ligne
 - k) Hôpital
 - l) Centre communautaire
 - m) Travailleur(se) social(e)
 - n) Autre
 - o) Je n'ai pas pu y accéder
 - p) Je ne sais pas
6. **Dans quelle mesure était-il facile ou difficile de trouver des informations sur le soutien, les services, les avantages ou les prestations offerts aux aidants?**
- a) Très facile
 - b) Assez facile
 - c) Assez difficile
 - d) Très difficile
 - e) Je ne sais pas

7. **Au cours des 12 derniers mois, lesquelles des situations suivantes avez-vous vécues dans le cadre de votre expérience en tant qu'aidant(e)?**
- a) Demander de l'information sur la manière d'obtenir une aide financière
 - b) Utiliser les services de répit où quelqu'un prend en charge les soins à votre place pour vous permettre de souffler un peu
 - c) Faire venir un service externe pour assurer le transport de la personne dont vous prenez soin au lieu de devoir le faire vous-même
 - d) Faire des réaménagements dans la maison ou l'appartement de votre bénéficiaire pour lui faciliter la vie
 - e) Un médecin, un(e) infirmier(e) ou un(e) travailleur(se) social(e) vous a demandé de quoi vous aviez besoin pour vous aider à prodiguer les soins
 - f) Un médecin, un(e) infirmier(e) ou un(e) travailleur(se) social(e) a évalué votre bien-être ou vous a demandé de quoi vous aviez besoin pour prendre soin de vous-même.
 - g) Autre, veuillez préciser :
 - h) Aucun de ces choix
 - i) Je ne sais pas
8. **Au cours des 12 derniers mois, lesquelles des actions suivantes avez-vous faites en ligne en lien avec votre principal bénéficiaire de soins?**
- a) Participer à une consultation virtuelle ou en ligne avec un professionnel de santé susceptible de traiter la personne dont vous prenez soin
 - b) Créer un calendrier partagé ou en ligne pour organiser les horaires des soins ou planifier des activités
 - c) Gérer les renouvellements ou la livraison des médicaments d'ordonnance à partir d'une application ou d'un site web
 - d) Placer des commandes en ligne pour les achats d'épicerie et de produits pour la maison
 - e) Aider le bénéficiaire à utiliser un service d'autopartage comme Lyft ou Uber
 - f) Effectuer des recherches en ligne sur les services de soutien, d'accompagnement, des centres d'aide ou tous autres types de soutien
 - g) Vous connecter en ligne avec d'autres aidant(e)s par le biais des médias sociaux ou de groupes de soutien
 - h) Regarder des vidéos pour apprendre comment faire différentes tâches en lien avec votre rôle d'aidant(e)
 - i) Accéder à des résultats de tests et d'exams
 - j) Coordonner l'historique du patient en ligne
 - k) Aucun de ces choix
 - l) Je ne sais pas

9. **En moyenne, combien d'heures par semaine consacrez-vous à la recherche de services et de soutiens, ou à naviguer les différents systèmes pour vous aider dans votre rôle d'aidant(e)?**
- a) Moins de 1 heure
 - b) 1 à 2 heures
 - c) 3 à 4 heures
 - d) Plus de 5 heures
 - e) Je ne consacre pas de temps à la recherche ou la navigation en ligne
 - f) Je ne sais pas
10. **Trouvez-vous difficile d'engager ou d'accéder à des fournisseurs de soins de qualité ou à d'autres services de soutien payants dans votre région?**
- a) Très difficile
 - b) Assez difficile
 - c) Pas vraiment difficile
 - d) Pas du tout difficile
 - e) Je n'ai jamais essayé d'obtenir ce type de services
 - f) Je ne sais pas
11. **Y a-t-il d'autres services qui vous seraient utiles et que vous aimeriez pouvoir utiliser, mais auxquels vous n'avez pas actuellement accès ou vous ne savez pas comment accéder?**
- a) _____
 - b) Il n'y a pas d'autres services que je voudrais utiliser
 - c) Je ne sais pas

Politiques publiques

1. **Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu du soutien ou des services pour vous aider à prendre soin de votre principal bénéficiaire de soins?**
 - a) Oui
 - b) Non

2. **Dans l'ensemble, à quel point êtes-vous satisfaite ou insatisfaite du soutien ou des services que vous avez reçus en lien avec votre principal bénéficiaire de soins au cours des 12 derniers mois?**
 - a) Très satisfait(e)
 - b) Assez satisfait(e)
 - c) Peu satisfait(e)
 - d) Pas du tout satisfait(e)
 - e) Je ne sais pas

3. **Au cours des 12 derniers mois, est-ce que votre principal bénéficiaire de soins a utilisé l'un ou l'autre des soutiens, services, avantages ou prestations suivants?**
 - a) Aide ou services de répit qui, à court préavis ou en cas d'urgence, permettent de vous libérer pour un temps des responsabilités rattachées à votre rôle d'aidant(e)
 - b) Aide ou services de répit qui permettent de vous libérer des responsabilités rattachées à votre rôle d'aidant(e) pendant plus de 24 heures
 - c) Aide ou services de répit qui vous permettent de prendre du temps pour vous reposer de vos responsabilités d'aidant(e) pendant une période allant jusqu'à 24 heures
 - d) Entretien ménager
 - e) Soins/aide à domicile (p. ex. : Service de soutien à la personne)
 - f) Centre de jour ou activités pendant la journée
 - g) Services de repas
 - h) Équipement ou adaptation du domicile (p. ex. : fauteuil roulant ou rampes d'accès)
 - i) Le/la bénéficiaire réside en permanence dans un établissement de soins
 - j) Aides financières ou autres crédits d'impôt
 - k) Aucun de ces choix
 - l) Je ne sais pas

4. **En ce qui concerne les crédits d'impôt liés au rôle d'aidant, veuillez sélectionner ci-dessous l'option qui s'applique le plus à vous :**
- a) Je connais les crédits d'impôt liés au rôle d'aidant et je les ai utilisés
 - b) Je connais les crédits d'impôt liés au rôle d'aidant, mais je ne les ai pas utilisés, car je n'y suis pas admissible
 - c) Je connais les crédits d'impôt liés au rôle d'aidant, mais je ne les ai pas utilisés pour une autre raison
 - d) Je ne connais pas les crédits d'impôt liés au rôle d'aidant
 - e) Je ne sais pas
5. **Parmi les services, soutiens, avantages et prestations suivants, quels sont ceux qui, à votre avis, seraient utiles pour vous ou qui vous ont déjà été utiles?**
- a) Disposer de services de répit qui permettent de vous accorder du temps pour souffler pendant qu'une personne s'occupe de votre proche à votre place
 - b) Obtenir que les professionnels du réseau de la santé et des services sociaux vous demandent de quoi vous avez besoin pour vous acquitter de vos tâches d'aidant(e), comme vous orienter vers un service d'aide médicale à domicile, un service de transport, etc.
 - c) Obtenir que les professionnels du réseau de la santé et des services sociaux prennent de vos nouvelles pour s'assurer de votre bien-être en tant qu'aidant(e)
 - d) Amélioration de l'accès aux services d'aide et de soins à domicile
 - e) Assurance soins de longue durée
 - f) Allocation mensuelle pour aider à couvrir les coûts en lien avec le rôle d'aidant(e)
 - g) Crédits d'impôt plus faciles d'accès et plus substantiels
 - h) Soutien de votre employeur (jours de congé, horaires flexibles, etc.)
 - i) Soutien psychologique gratuit et autres soutiens en santé mentale
 - j) Programme de formation reconnu pour les aidants sur les principales responsabilités en lien avec leur rôle
 - k) Autre, veuillez préciser :
 - l) Aucun de ces choix
 - m) Je ne sais pas

Priorisation

1. **En pensant aux informations que vous avez reçues de la part des différentes organisations, telles que les organismes bénévoles, les agences privées ainsi que les services gouvernementaux, quelles sont les informations qui vous ont été utiles dans votre expérience en tant qu'aidant(e)?**
 - a) _____
 - b) Je ne sais pas

2. **Il existe de nombreuses façons de soutenir les aidants. Dans quelle mesure chacun de ces types de soutiens aux aidants est-il important pour vous?**
 - a) Très important
 - b) Assez important
 - c) Pas vraiment important
 - d) Pas du tout important
 - e) Je ne sais pas

Articles :

- Disposer de services de répit qui permettent de vous accorder du temps pour souffler pendant qu'une personne s'occupe de votre proche à votre place
- Obtenir que les professionnels du réseau de la santé et des services sociaux vous demandent de quoi vous avez besoin pour vous acquitter de vos tâches d'aidant(e), comme vous orienter vers un service d'aide médicale à domicile, un service de transport, etc.
- Le développement d'un système public national de soins de longue durée
- Obtenir que les professionnels du réseau de la santé et des services sociaux vous demandent ce dont vous avez besoin pour prendre soin de vous et suivre l'évolution de votre bien-être
- Amélioration de l'accès aux services d'aide et de soins à domicile
- Allocations mensuelles pour aider à couvrir les coûts en lien avec le rôle d'aidant(e)
- Soutien psychologique gratuit et autres soutiens en santé mentale pour les aidants
- Programme de formation reconnu pour les aidants sur les responsabilités liées aux soins, comme l'administration des médicaments, la gestion des finances, le pansement des plaies, etc.

3. **Dans quelle mesure trouveriez-vous utile chacun des moyens suivants pour aider financièrement les aidants?**

- a) Très utile
- b) Assez utile
- c) Peu utile
- d) Pas du tout utile
- e) Je ne sais pas

Articles :

- Un crédit d'impôt sur le revenu pour les aidants, afin de compenser les coûts en lien avec leur rôle
- Un congé partiellement rémunéré pour les aidants qui occupent un emploi
- Un programme permettant aux aidants d'être rémunérés pour au moins une partie des heures où ils prodiguent des soins
- Jours de congé pour s'occuper d'un proche (congé de maladie pour s'acquitter de leurs responsabilités d'aidant)
- Allocation mensuelle pour aidants
- Assurance soins de longue durée

Pression économique

1. **Au cours des 12 derniers mois, dans quelle mesure avez-vous fait face à des difficultés financières en raison de vos responsabilités d'aidant(e)?**
 - a) Beaucoup
 - b) Jusqu'à un certain point
 - c) Pas vraiment
 - d) Pas du tout
 - e) Je ne sais pas

2. **Dans quelle mesure a-t-il été difficile d'obtenir des services à un coût abordable dans la région ou la communauté où vous prodiguez des soins, tels que des repas livrés, un service de transport ou un service d'aide et de soins à domicile?**
 - a) Très difficile
 - b) Assez difficile
 - c) Pas vraiment difficile
 - d) Pas du tout difficile
 - e) Je n'ai jamais essayé d'obtenir de tels services
 - f) Je ne sais pas

3. **Au cours des 12 derniers mois, combien avez-vous dépensé en moyenne de votre poche (par mois) pour couvrir les coûts rattachés à votre rôle d'aidant(e)?**
 - a) Moins de 200 \$
 - b) Entre 200 \$ et 999 \$
 - c) Entre 1 000 \$ et 2 999 \$
 - d) Entre 3 000 \$ et 7 999 \$
 - e) Entre 8 000 \$ et 9 999 \$
 - f) Entre 10 000 \$ et 20 000 \$
 - g) Plus de 20 000 \$
 - h) Je ne sais pas

4. **Au cours des 12 derniers mois, lesquelles des situations suivantes avez-vous vécues en raison de vos responsabilités d'aidant(e)?**
 - a) J'ai contracté davantage de dettes (cartes de crédit, prêts, marges de crédit)
 - b) J'ai manqué ou retardé un/des paiements sur un prêt étudiant
 - c) J'ai emprunté de l'argent à la famille ou à des amis
 - d) J'ai déclaré faillite (pour des raisons médicales ou personnelles)

- e) Je n'ai pas été en mesure de payer des dépenses de base comme la nourriture
- f) Je n'ai pas payé des factures ou je les ai payées en retard
- g) J'ai utilisé mes économies personnelles à court terme
- h) J'ai utilisé mon épargne à long terme, comme mon fonds de retraite ou épargne-études, pour payer d'autres dépenses
- i) J'ai arrêté de cotiser à mon épargne
- j) J'ai déménagé dans une maison, un appartement ou un autre lieu de vie qui coûte moins cher
- k) J'ai été expulsé(e) de mon logement ou ma maison a fait l'objet d'une saisie
- l) J'ai retardé mon départ à la retraite ou décidé de ne pas du tout prendre ma retraite
- m) J'ai dû commencer à travailler
- n) J'ai dû travailler plus d'heures
- o) J'ai dû me trouver un deuxième emploi
- p) Autre, veuillez préciser :
- q) Aucun de ces choix
- r) Je ne sais pas

Fournisseurs de soins

1. **Quel est votre titre d'emploi? Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent.**
 - a) Professionnel de soutien direct (PSD)
 - b) Préposé aux bénéficiaires (PAB)
 - c) Préposé aux personnes vulnérables
 - d) Travailleur de relève
 - e) Superviseur/gestionnaire des prestataires de soins de première ligne
 - f) Autre, veuillez préciser :
 - g) Je ne sais pas
2. **Au cours des 12 derniers mois, où avez-vous principalement fourni de l'aide ou des soins à ces personnes dans le cadre de votre travail rémunéré?**
 - a) Une maison de retraite ou une résidence pour personnes âgées
 - b) Un logement/hébergement avec assistance (p. ex. : un foyer de groupe pour personnes handicapées ou souffrant de dépendances)
 - c) Établissement de soins de longue durée
 - d) Hôpital

- e) Domicile du bénéficiaire des soins (p. ex. : soignant(e) à domicile, aide familial(e) résident(e))
- f) Un autre endroit
- g) Je ne sais pas

3. **Depuis combien de temps travaillez-vous en tant que fournisseur de soins?**

- a) _____ ans [DOIT ÊTRE SUPÉRIEUR À 0]
- b) Moins d'un an
- c) Préfère pas répondre

4. **Lesquelles des options suivantes rendraient votre travail plus facile? Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent.**

- a) Des ressources adéquates, telles que des fournitures médicales, des équipements et de meilleures installations
- b) Possibilité de choisir de continuer à aider les mêmes clients (continuité des soins)
- c) De meilleurs outils et ressources pour mieux servir vos clients
- d) Environnement de travail favorable (procurant davantage de soutien)
- e) Meilleure reconnaissance du travail que j'accomplis
- f) Horaires de travail raisonnables / bon équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle
- g) Meilleur salaire
- h) Horaires de travail flexibles
- i) Accès à des congés de maladie rémunérés
- j) Possibilité de s'absenter
- k) Possibilité d'emploi à temps plein
- l) Accès à des services de soutien tels que du soutien psychologique ou des activités de bien-être
- m) Formation et apprentissage appropriés, ainsi que de la formation continue
- n) Autre, veuillez préciser
- o) Il n'y a rien qui puisse rendre mon travail plus facile
- p) Je ne sais pas

5. **Dans quelle mesure vous sentez-vous soutenu(e)? Cela peut-être en termes de personnel, de ressources, y compris les outils et équipements, d'interactions avec la direction, de formation adéquate, etc.**
- a) Très bien soutenu(e)
 - b) Assez bien soutenu(e)
 - c) Pas vraiment soutenu(e)
 - d) Pas du tout soutenu(e)
 - e) Je ne sais pas
6. **Qu'est-ce qui vous permettrait de vous sentir soutenu(e) dans votre travail?**
- a) _____
 - b) Je ne sais pas
7. **Comment obtenez-vous de l'aide ou du soutien pour faire votre travail?**
- a) Soutien des collègues et de l'équipe
 - b) Soutien du superviseur et de la direction
 - c) Programme d'aide aux employés (PAE)
 - d) Association et réseaux professionnels
 - e) Formation continue
 - f) Programmes de bien-être des employés
 - g) Syndicat
 - h) Groupes de soutien par les pairs
 - i) Ressources humaines
 - j) Mentor
 - k) Autre, veuillez préciser :
 - l) Je ne reçois aucun soutien
 - m) Je ne sais pas

8. **Dans quelle mesure êtes-vous d'accord ou en désaccord avec les affirmations suivantes?**

- a) Tout à fait d'accord
- b) Plutôt d'accord
- c) Plutôt en désaccord
- d) Tout à fait en désaccord
- e) Je ne sais pas
- f) Ne s'applique pas

Articles :

- Les prestataires de soins font partie de l'équipe soignante dans le système de soins de santé
- Je me sens soutenu(e) au travail
- Je me sens soutenu(e) par mes collègues et la direction
- Je pense que je suis payé(e) équitablement
- Le personnel est présent en nombre suffisant tout au long de mes quarts de travail
- Un syndicat augmenterait le soutien que je ressens au travail
- Je me sens soutenu(e) par le gouvernement
- J'ai l'impression que mon travail est apprécié par les gens auxquels je fournis des soins
- Je pense que la formation continue permet aux prestataires de soins de bénéficier d'une meilleure rémunération, d'un plus grand respect et de meilleures opportunités
- Je me sens en sécurité au travail

9. **Avez-vous déjà pensé à changer de carrière pour l'une ou l'autre des raisons suivantes? Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent.**

- a) Mauvais équilibre vie professionnelle-vie personnelle, épuisement professionnel ou stress
- b) Manque de satisfaction à l'égard de l'emploi actuel
- c) Pas de possibilité d'avancement de carrière
- d) Pas de possibilité de formation ou d'éducation
- e) Le salaire n'est pas assez élevé
- f) Manque ou absence d'avantages
- g) Absence de sécurité d'emploi
- h) Raisons personnelles, telles que vie familiale, dynamique familiale
- i) Abus et discrimination

- j) Autre, veuillez préciser
 - k) Je n'ai jamais envisagé de changer de carrière
 - l) Je ne sais pas
10. **Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été victime de discrimination ou d'abus au travail? Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent.**
- a) Abus
 - b) Discrimination
 - c) Ni l'un ni l'autre
 - d) Je ne sais pas
11. **J'ai le sentiment d'avoir été victime de discrimination sur la base de :**
- a) Ma race ou mon ethnicité
 - b) Mon âge
 - c) Mon statut d'immigrant
 - d) Mon sexe ou mon expression de genre
 - e) Mon handicap
 - f) Mon orientation sexuelle
 - g) Ma religion
 - h) Autre, veuillez préciser
 - i) Je ne sais pas
12. **J'ai été victime de discrimination de la part de :**
- a) Employeur
 - b) Client
 - c) Famille du bénéficiaire des soins
 - d) Collègue
 - e) Direction
 - f) Autres membres de l'équipe de soins (p. ex. : infirmier(e)s, médecins)
 - g) Autre, veuillez préciser
 - h) Je ne sais pas

13. **J'ai été victime d'abus de la part de:**
- a) Employeur
 - b) Client
 - c) Famille du bénéficiaire des soins
 - d) Collègue
 - e) Direction
 - f) Autres membres de l'équipe de soins (p. ex. : infirmier(e)s, médecins)
 - g) Autre, veuillez préciser
 - h) Je ne sais pas

Proches aidants autochtones

1. **Connaissez-vous des services de soutien spécifiquement conçus pour aider les proches aidants autochtones?**
- a) Oui (veuillez préciser)
 - b) Non
2. **Quels sont les services ou ressources de soutien qui vous seraient utiles en tant que proche aidant autochtone? Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent.**
- a) Soutien psychologique ou services de thérapie culturellement appropriés
 - b) Options de soins de répit
 - c) Programmes d'aide financière
 - d) Opportunités d'éducation et de formation
 - e) Accès à des groupes de soutien ou des réseaux de pairs
 - f) Autre, veuillez préciser
 - g) Je ne sais pas
3. **Dans quelle mesure est-il important pour vous que les soins et le soutien soient dispensés en tenant compte des spécificités culturelles des personnes et des familles autochtones?**
- a) Extrêmement important
 - b) Assez important
 - c) Pas vraiment important
 - d) Pas du tout important
 - e) Je ne sais pas

4. **D'après votre expérience, quelles sont les forces ou les qualités uniques que les personnes autistes autochtones apportent à leur communauté? Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent.**
- a) Connaissance et compréhension de la culture
 - b) Fort sentiment de soutien de la part de la communauté et de la famille
 - c) Sentiment de connexion avec la nature et l'environnement
 - d) Résilience et adaptabilité
 - e) Autre, veuillez préciser
 - f) Je ne sais pas
5. **Dans quelle mesure êtes-vous d'accord ou en désaccord avec ce qui suit : Les voix et les perspectives autochtones sont suffisamment représentées et prises en compte dans les discussions sur les politiques et le soutien aux aidants. Sélectionnez une seule réponse.**
- a) Tout à fait d'accord
 - b) Plutôt d'accord
 - c) Plutôt en désaccord
 - d) Tout à fait en désaccord
 - e) Je ne sais pas



Centre canadien d'excellence pour les aidants

Le Centre canadien d'excellence pour les aidants est une nouvelle initiative conçue et mise en œuvre par la Fondation Azrieli. La Fondation soutient depuis longtemps des initiatives innovantes pour améliorer l'accès à des soins de qualité. Après une période de création de réseaux et de rassemblement des parties prenantes, le Centre deviendra une organisation autonome.



Nous contacter

canadiancaregiving.org/fr

info@canadiancaregiving.org

416 322 5928

2 St. Clair Ave Ouest, bureau 900
Toronto, ON M4V 1L5

Suivez nous



Date de publication : Mai 2024

