**S’occuper des Autres**

**Si vous prenez soins d’un membre de famille, d’un partenaire, un ami, ou une amie qui ont besoin d’un soutien ou accès aux services pour des raisons d’âge, d’un handicap physique ou intellectuel, ou d’une maladie, y compris la maladie mentale, nous vous saurions gré de prendre quelques minutes pour remplir ce questionnaire suivant. Vous n’êtes pas obligé de répondre à toutes les questions. Si vous ne souhaitez pas répondre à l’une d’elles ou que vous ignorez la réponse, passez à la suivante.**

|  |
| --- |
| **Section 1: Concernant La personne dont vous vous occupez**  Les questions dans cette section portent sur la personne à qui vous prodiguez des soins, à savoir la personne dont vous prenez soin ou aider, et votre expérience du soutien et des services. |

|  |
| --- |
| Si vous prodiguez des soins à plus d’une personne, Veuillez répondre **seulement** en relation à la personne dont vous passez plus de temps à aider. Si vous consacrez la même période du temps à prendre soin de deux personnes ou plus, veuillez répondre en relation à la personne qui habite avec vous. Si vous habitez avec deux personnes ou plus dont vous passez la même période du temps à prendre soin, veuillez choisir **une** personne à répondre sur. |

1. **Quel âge a cette personne à** **qui** **vous prodiguez des soins?\_\_\_\_\_\_\_\_ans**

(Si vous ne connaissez pas l’âge exacte, veuillez donner l’âge approximatif – la personne aidée devait être âgée au moins de 18 ou plus)

1. **Est-ce que la personne dont vous prenez soin souffre de....?**

***Veuillez cocher [✓] toutes celles qui s’appliquent***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Démence | a (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Handicap physique | b (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Perte visuelle ou auditive | c (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Problèmes de santé mentale | d (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Problèmes liés au vieillissement | e (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Trouble ou difficulté d’apprentissage | f (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Longue maladie | g (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Maladie terminale | h (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | L’alcoolisme ou la toxicomanie | i (1) |

1. **Où vit habituellement la personne à qui vous prodiguez des soins?**

***Veuillez cocher [✓] une case***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Avec moi | 1 |
|  |  |  |  |
|  |  | Ailleurs | 2 |

1. **En général, dans quelle mesure êtes-vous satisfait ou insatisfait avec le soutien ou les services que vous avez reçu avec la personne dont vous prenez soin des services sociaux au cours des 12 derniers mois?**

***Veuillez cocher [✓] une case***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Nous n’avons reçu aucun support ou services des services sociaux  au cours des 12 derniers mois | 1 |
|  |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  |  | Je suis extrêmement satisfait(e) | 2 |
|  |  |  |  |
|  |  | Je suis très satisfait(e) | 3 |
|  |  |  |  |
|  |  | Je suis assez satisfait(e) | 4 |
|  |  |  |  |
|  |  | Je suis ni satisfait(e) ni insatisfait(e) | 5 |
|  |  |  |  |
|  |  | Je suis assez insatisfait(e) | 6 |
|  |  |  |  |
|  |  | Je suis très insatisfait(e) | 7 |
|  |  |  |  |
|  |  | Je suis extrêmement insatisfait(e) | 8 |

1. **Est-ce que la personne dont vous prenez soin a utilisé le support ou les services mentionnés ci-dessous au cours des 12 derniers mois?**

**Ils peuvent provenir de différents organismes, tels qu’une organisation bénévole, une agence privée ou les services sociaux.**

***Veuillez cocher [****✓****] une seule case par ligne***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Oui** |  | **Non** | **Je ne Sais pas** | | |
| 1. Du support ou des services qui vous permet de prendre une pause des responsabilités de soins dans un délai très court ou en cas d’urgence. |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Du support ou des services qui vous permet de prendre une pause des responsabilités de soins pendant plus de 24 heures. |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Du support ou des services qui vous permet de prendre un repos des responsabilités de soins pour des durées variant entre 1 et 24 heures (ex; service de gardiennage) |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Assistant(e) personnel(le) |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Soins à domicile/aide à domicile |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Centre de jour or activités quotidiennes |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Lunch club (Club déjeuner) |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Les services de repas |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Equipment ou adaptation domiciliaire (ex; fauteuil roulant ou rampes) |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Service d’alerte médicale (Lifeline) |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Ils sont résident permanent dans un foyer de soins |  | 1 |  | 2 |  | 3 |

It is possible for councils to add options to question 5 above for local use such as supported employment or special college. Additional answer options for question 5 should be sent to DHSC for their information using the additional questions form. Responses to any additional options should not be submitted in the survey data return.

|  |
| --- |
| **Section 2: Concernant vos besoins et vos expériences d’appui**  Les questions dans cette section portent sur l’appui et les services dont **vous** utilisez comme soignant. ils peuvent être organisés par vous-même ou les services sociaux. Ils peuvent provenir d’une organisation bénévole, une agence privée ou les services sociaux. |

1. **Est-ce que vous avez utilisé le support ou les services mentionnés ci-dessous pour vous assistez comme soignant au cours des 12 derniers mois?**

**Ils peuvent provenir de différents organismes, tels qu’une organisation bénévole, une agence privée ou les services sociaux. Veuillez de ne pas mentionner toute aide non rémunérée de la part de la famille et des amis.**

***Veuillez cocher [✓] une seule case par ligne***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Oui** |  | **Non** | **Je ne Sais pas** | | |
| a. Information et conseils |  | 1 |  | 2 |  | 3 | |
|  |  |  |  |  |  |  | |
| b. Un support qui provient des groupes de soignants ou une personne à qui on peut s’entretenir confidentiellement |  | 1 |  | 2 |  | 3 | |
|  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  | |
| c. Une formation spécialisée pour les soignants |  | 1 |  | 2 |  | 3 | |
|  |  |  |  |  |  |  | |
| d. Un soutien pour vous maintenir en emploi |  | 1 |  | 2 |  | 3 | |

It is possible for councils to add options to question 6 above for local use such as advocacy for carers, help with household tasks and gardening and practical help to complete forms. Additional answer options for question 6 should be sent to DHSC for their information using the additional questions form. Responses to any additional options should not be submitted in the survey data return.

|  |
| --- |
| **Section 3: L’impact de prestation de soins et votre qualité de vie**  Certaines questions dans cette section portent sur **L’impact de prestation de soins** sur des aspects particuliers de votre vie, tandis que d’autres portent sur la qualité de différentes parties de votre vie de manière plus générale. |

1. **Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la façon dans vous passez votre temps?**

**Lorsque vous pensez sur ce que vous faites de votre temps, veuillez inclure tout ce vous appréciez ou aimez, y compris l’emploi formel, volontaire ou travail non rémunéré, prendre soin des autres et les loisirs.**

***Veuillez cocher [✓] une case***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Je suis capable de passer mon temps comme je veux, faire des choses que j’apprécie ou je jouis | 1 |
|  |  |  |
|  | Je fais certaines choses que j’apprécie ou je jouis avec mon temps mais pas assez | 2 |
|  |  |  |
|  | Je ne fais rien de ce que j’apprécie ou je jouis avec mon temps | 3 |

1. **Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la mesure dans vous croyez avoir le contrôle sur votre vie quotidienne?**

***Veuillez cocher [✓] une case***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | J’ai autant de contrôle que je veux sur ma vie quotidienne | 1 |
|  |  |  |
|  | J’exerce un certain contrôle sur ma vie quotidienne mais pas assez | 2 |
|  |  |  |
|  | Je n’ai aucun contrôle sur ma vie quotidienne | 3 |

1. **En Pensant à combien de temps vous devez prendre soin de vous – en termes d’avoir suffisamment du sommeil et en mangeant bien - Lequel des énoncés suivants décrit le mieux votre situation actuelle?**

***Veuillez cocher [✓] une case***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Je prends soin de moi | 1 |
|  |  |  |
|  | Parfois, je ne peux pas prendre soin de moi assez bien | 2 |
|  |  |  |
|  | Je sens que je me négligeais | 3 |

1. **En pensant à vote sécurité personnelle, Lequel des énoncés suivants décrit le mieux votre situation actuelle?**

Par ‘sécurité personnelle’, nous entendons avoir le sentiment de sécurité de la crainte des abus, d’être agressée ou d’autres préjudices corporels.

***Veuillez cocher [✓] une case***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Je n’ai pas de soucis concernant ma sécurité personnelle | 1 |
|  |  |  |
|  | Je suis un peu préoccupé sur ma sécurité personnelle | 2 |
|  |  |  |
|  | Je suis extrêmement inquiète pour ma sécurité personnelle | 3 |

**10 b. Si vous avez déclaré être extrêmement inquiet(e) pour votre sécurité personnelle, pouvez-vous nous dire pourquoi ?**

esponses to this question should not be submitted in the survey data return.

1. **En pensant à la fréquence du contact social que vous avez eu avec les gens que vous aimez, Lequel des énoncés suivants décrit le mieux votre situation sociale?**

***Veuillez cocher [✓] une case***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | J’ai autant de contact social que je veux avec les gens que j’aime | 1 |
|  |  |  |
|  | J’ai un certain contact social avec les gens mais pas assez | 2 |
|  |  |  |
|  | J’ai peu de contact social avec les gens et je me sens isolé socialement | 3 |

1. **En pensant à l’encouragement et au soutien dans vote rôle de soignant, Lequel des énoncés suivants décrit le mieux votre situation actuelle?**

***Veuillez cocher [✓] une case***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Je sens que j’ai de l’encouragement et de soutien | 1 |
|  |  |  |
|  | Je sens que j’ai un certain encouragement et de soutien mais pas assez | 2 |
|  |  |  |
|  | Je sens que j’ai aucun encouragement ou soutien | 3 |

1. **En pensant aux autres dont vous assumez des responsabilités de prise en charge, Lequel des énoncés suivants décrit le mieux votre situation actuelle? Veuillez de ne pas mentionner la personne dont vous vous occupez la plupart du temps.**

***Veuillez cocher [✓] une case***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Je n’ai pas de responsabilités de prise en charge pour les autres |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | J’ai toujours assez de temps pour s’occuper d’eux | 1 |
|  |  |  |
|  | J’ai parfois suffisamment de temps pour s’occuper d’eux | 2 |
|  |  |  |
|  | Je n’ai pas toujours suffisamment de temps pour s’occuper d’eux | 3 |

1. **Au cours des 12 derniers mois, est-ce que votre santé a été affectée par votre rôle de soignant par les façons énumérées ci-dessous?**

***Veuillez cocher [✓] toutes celles qui s’appliquent***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Sentiment de fatigue | a (1) |
|  |  |  |
|  | Sentiment de dépression | b (1) |
|  |  |  |
|  | Perte d’appétit | c (1) |
|  |  |  |
|  | Troubles du sommeil | d (1) |
|  |  |  |
|  | Sentiment general d’anxiété | e (1) |
|  |  |  |
|  | Tension physique (ex; le dos) | f (1) |
|  |  |  |
|  | Coléreux / irritable | g (1) |
|  |  |  |
|  | Devoir voir mon médecin | h (1) |
|  |  |  |
|  | Ayant de mauvaises conditions sanitaires | I (1) |
|  |  |  |
|  | Aggraver une situation sanitaire existante | j (1) |
|  |  |  |
|  | Autre | k (1) |
|  |  |  |
|  | Non, aucune  . | l (1) |

1. **Au cours des 12 derniers mois, est-ce que les responsabilités de prise en charge *vous ont causé des difficultés financières*?**

***Veuillez cocher [✓] une case***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Non, pas du tout | 1 |
|  |  |  |
|  | Oui, dans une certain mesure | 2 |
|  |  |  |
|  | Oui, beaucoup | 3 |

**16. Combien de fois vous sentez-vous seul(e) ?**

***Veuillez cocher (****[****] une case***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Souvent ou toujours | 1 |
|  |  |  |
|  | Parfois | 2 |
|  |  |  |
|  | Occasionnellement | 3 |
|  |  |  |
|  | Presque jamais | 4 |
|  |  |  |
|  | Jamais | 5 |

|  |
| --- |
| **Section 4: Information et qualité des conseils**  La question suivante porte sur vos opinions concernant la qualité des informations et des conseils. |

1. **Au cours des 12 derniers mois, est-ce que c’était facile ou difficile de trouver des informations ou conseils sur le soutien, services ou allocations? Veuillez mentionner les informations et conseils provenant de sources différentes, telle que; les organisations volontaires et les organismes privés ainsi que les services sociaux.**

***Veuillez cocher [✓] une case***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Je n’ai pas essayé de trouver des informations ou des conseils au cours des 12 derniers mois | 1 |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  |  | Très facile à trouver | 2 |
|  |  |  |  |
|  |  | Assez facile à trouver | 3 |
|  |  |  |  |
|  |  | Assez difficile à trouver | 4 |
|  |  |  |  |
|  |  | Très difficile à trouver | 5 |

|  |
| --- |
| Si c’était difficile de trouver des informations et conseils, veuillez nous dire la raison et ce que nous pouvons faire pour vous facilitez la tâche |
|  |

The “please tell us why” box is optional. Responses in the free-text box should not be submitted in the survey data return.

1. **Au cours des 12 derniers mois, que pensez de l’utilité des informations et conseils que vous avez reçu? Veuillez mentionner les informations et conseils provenant de sources différentes, telle que; les organisations volontaires et les organismes privés ainsi que les services sociaux.**

***Veuillez cocher [✓] une case***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Je n’ai reçu aucune information ou conseil au cours des 12 derniers mois | 1 |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  |  | Très utile | 2 |
|  |  |  |  |
|  |  | Assez utile | 3 |
|  |  |  |  |
|  |  | Assez inutile | 4 |
|  |  |  |  |
|  |  | Très inutile | 5 |

|  |
| --- |
| Si vous avez trouvé les informations et les conseils que vous avez reçus inutile, veuillez nous dire la raison et ce que nous pouvons faire pour vous les rendre plus utile |
|  |

The “please tell us why” box is optional. Responses in the free-text box should not be submitted in the survey data return.

|  |
| --- |
| **Section 5: Arrangement du soutien et services au cours des 12 derniers mois**  Les questions suivantes portent sur l’organisation du support et services pour vous et la personne dont vous vous occupez. |

1. **Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vous sentez que vous avez été implique ou consulte autant que vous vouliez, dans les discussions sur le soutien ou services dispensés à la personne à qui vous prodiguez des soins?**

***Veuillez cocher [✓] une case***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Il n’y a pas eu de discussions que je sache, au cours des 12 derniers mois | 1 |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  |  | J’ai toujours senti impliqué ou consulté | 2 |
|  |  |  |  |
|  |  | J’ai senti impliqué ou consulté généralement | 3 |
|  |  |  |  |
|  |  | J’ai parfois senti impliqué ou consulté | 4 |
|  |  |  |  |
|  |  | Je n’ai jamais senti impliqué ou consulté | 5 |

|  |
| --- |
| **Section 6: Vos détails**  Les questions prochaines nous aideront de manière à mieux comprendre les types de soignants qui ont participé à ce sondage. |

1. **En plus de votre rôle de soignant, veuillez nous dire lesquels des points suivants s’appliquent à vous?**

***Veuillez cocher [✓] toutes celles qui s’appliquent***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | À la retraite | a (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Employé à plein temps | b (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Employé à temps partiel (Travaillant 30 heures ou moins par semaine) | c (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Indépendant(e) à plein temps | d (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Indépendant(e) à temps partiel | e (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Sans emploi rémunéré | f (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Travail volontaire | g (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Autre | h (1) |

1. **En pensant sur la combinaison de votre travail rémunéré et les responsabilités de prestation de soins, Lequel des énoncés suivants décrit le mieux votre situation actuelle?**

***Veuillez cocher [✓] une case***

**Sans emploi rémunéré**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | Je n’exerce pas un emploi rémunéré en raison de mes responsabilités de prestation de soins | 1 |
|  | |  |  |  |
|  | |  | Je n’exerce pas un emploi rémunéré pour d’autres raisons (ex; retraité) | 2 |
|  | | | | |

**Dans un emploi rémunéré**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | Je suis dansun emploi rémunéré et je me sens soutenu(e)par mon employeur | 3 |
|  | |  |  |  |
|  | |  | Je suis dansun emploi rémunéré mais je ne me sens pas soutenu(e)par mon employeur | 4 |
|  | |  |  |  |
|  | |  | Je n’ai pas besoin du soutien de mon employeur pour combiner mon travail et les responsabilités de prestation de soins | 5 |
|  | |
|  | | | | |

**Indépendant(e)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Je suis indépendant(e) et je suis capable d’équilibrer mon travail et mes responsabilités de prestation de soins | 6 |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  | Je suis indépendant(e) et je suis incapable d’équilibrer mon travail et mes responsabilités de prestation de soins | 7 |
|  |  |  |

1. **Depuis combien de temps prenez-vous soin ou aider la personne dont vous vous occupez?**

***Veuillez cocher [✓] une case***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Moins de 6 mois | 1 |
|  |  |  |  |
|  |  | Plus de 6 mois mais moins d’un an | 2 |
|  |  |  |  |
|  |  | Plus d’un an mais moins de 3 ans | 3 |
|  |  |  |  |
|  |  | Plus de 3 ans mais moins de 5 ans | 4 |
|  |  |  |  |
|  |  | Plus de 5 ans mais moins de 10 ans | 5 |
|  |  |  |  |
|  |  | Plus de 10 ans mais moins de 15 ans | 6 |
|  |  |  |  |
|  |  | Plus de 15 ans mais moins de 20 ans | 7 |
|  |  |  |  |
|  |  | 20 ans ou plus | 8 |

1. **Environ combien de temps consacrez-vous chaque semaine à prendre soin ou aider la personne dont vous vous occupez?**

***Veuillez cocher [✓] une case***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 0-9 heures par semaine | 1 |
|  |  |  |  |
|  |  | 10-19 heures par semaine | 2 |
|  |  |  |  |
|  |  | 20-34 heures par semaine | 3 |
|  |  |  |  |
|  |  | 35-49 heures par semaine | 4 |
|  |  |  |  |
|  |  | 50-74 heures par semaine | 5 |
|  |  |  |  |
|  |  | 75-99 heures par semaine | 6 |
|  |  |  |  |
|  |  | 100 heures ou plus par semaine | 7 |
|  |  |  |  |
|  |  | Varie – Moins de 20 heures par semaine | 8 |
|  |  |  |  |
|  |  | Varie – 20 heures ou plus par semaine | 9 |
|  |  |  |  |
|  |  | Autre | 10 |

|  |  |
| --- | --- |
| Si autre, veuillez préciser: |  |

1. **Au cours des 12 derniers mois, quelle sorte de choses avez-vous habituellement fait pour la personne à qui vous prodiguez des soins?**

***Veuillez cocher [✓] toutes celles qui s’appliquent***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Soins personnels? | a (1) |
|  |  | (des choses, comme s’habiller, donner un bain, lavage, rasage, couper les ongles, nourrissage, aller aux toilettes) |  |
|  |  |  |  |
|  |  | Aide physique? | b (1) |
|  |  | (comme aider à marcher, monter et descendre les escaliers, aller au lit et en sortir) |  |
|  |  |  |  |
|  |  | Aider à traiter avec les services de soins et les allocations? | c (1) |
|  |  | (comme la prise de rendez-vous et appels téléphoniques, remplissage de formulaires) |  |
|  |  |  |  |
|  |  | Aider avec la formalité administrative et les questions financières? | d (1) |
|  |  | (comme écrire des lettres, envoyer des cartes, remplissage des formulaires, gérer les factures, opérations bancaires) |  |
|  |  |  |  |
|  |  | Autre aide pratique? | e (1) |
|  |  | (Des taches comme préparer les repas, faire les courses, la lessive, faire le ménage, jardinage, décoration, réparations domestiques, prendre au médecin ou l’hôpital) |  |
|  |  |  |  |
|  |  | Tenir compagnie? | f (1) |
|  |  | (des choses, telles que rendre visite, s’assoir avec, leur lire, parler avec, jouer des cartes ou des jeux) |  |
|  |  |  |  |
|  |  | Sortir avec? | g (1) |
|  |  | (tel que, une promenade à pied ou en voiture, accompagner à visiter des amis ou de la famille) |  |
|  |  |  |  |
|  |  | L’administration de medicaments? | h (1) |
|  |  | (par exemple; S’assurer qu’il/elle prenne des pilules, donner des injections, changer les pansements) |  |
|  |  |  |  |
|  |  | Les tenir à l’œil pour voir s’ils se portent bien? | i (1) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  | Donner un soutien émotif? | j (1) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  | Autre forme d’aide? | k (1) |

1. **Est-ce que vous souffrez des maladies suivantes?**

***Veuillez cocher [✓] toutes celles qui s’appliquent***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Une déficience ou incapacité physique | a (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Perte visuelle ou auditive | b (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Problème ou une maladie de santé mentale | c (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Trouble ou difficulté d’apprentissage | d (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Longue maladie | e (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Autre | f (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Aucune de ces réponses ci-dessus | g (1) |

1. **Combien d’enfants de 18 ans ou moins dont vous avez la responsabilité parentale?**

***Veuillez cocher (***🗸***) une case***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 0 | 1 |
|  |  |  |  |
|  |  | 1 | 2 |
|  |  |  |  |
|  |  | 2 | 3 |
|  |  |  |  |
|  |  | 3 | 4 |
|  |  |  |  |
|  |  | 4+ | 5 |

1. **Avez-vous reçu de l’aide pour remplir ce questionnaire?**

***Veuillez cocher [✓] une case***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Oui | 1 |
|  |  |  |
|  | Non | 2 |

Councils may seek further information on the category of person who helped here if they wish – but these should only be categories of person (e.g. relative) and not names. Any expanded categories need to be aggregated back to just an overall ‘yes’ category before entering the results onto the data return.

1. **Quel age avez-vous? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ans**

Councils may choose to omit the above question if it can be supplied accurately from their current records.

1. **Êtes-vous de sexe masculin ou féminin?**

***Veuillez cocher [✓] une case***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Homme | 1 |
|  |  |  |
|  | Femme | 2 |
|  |  |  |
|  | Autres | 3 |

Councils may choose to omit the above question if it can be supplied accurately from their current records.

1. **Auquel de ces groupes estimez-vous appartenir?**

***Veuillez cocher (****🗸****) une case***

**Blancs**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Anglais / Gallois / Écossais / Irlandais du Nord / Britannique | 1 |
|  |  |  |  |
|  |  | Irlandais | 2 |
|  |  |  |  |
|  |  | Gitans ou gens du voyage irlandais | 3 |
|  |  |  |  |
|  |  | Autres origines blanches | 4 |
|  |  |  |  |

**Groupes ethniques mixes / multiples**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Métis originaire des Caraïbes | 5 |
|  |  |  |  |
|  |  | Métis originaire d’Afrique | 6 |
|  |  |  |  |
|  |  | Métis originaire d’Asie | 7 |
|  |  |  |  |
|  |  | Autres origines mixtes / multiples | 8 |

**Asiatiques / Britanniques d’origine asiatique**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Indiens | 9 |
|  |  |  |  |
|  |  | Pakistanais | 10 |
|  |  |  |  |
|  |  | Bangladais | 11 |
|  |  |  |  |
|  |  | Chinois | 12 |
|  |  |  |  |
|  |  | Autres origines asiatiques | 13 |
|  |  |  |  |

*Suite de la liste sur la page suivante*

**Noirs / Africains / Antillais / Britanniques d’origine noire**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Africains | 14 |
|  |  |  |  |
|  |  | Antillais | 15 |
|  |  |  |  |
|  |  | Autres origines noire / africaine / antillaise | 16 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Autres groupes ethniques**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Arabes | 17 |
|  |  |  |  |
|  |  | Autres origines | 18 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Préfère ne pas répondre | 19 |

Councils may choose to omit the above question and supply data from their own records if they are confident of the quality and coverage of the information about the carer’s assessment of their ethnic origin in their current records. Councils including this question may break down the categories further if they wish to do so.

**Section 7 : Commentaires**

Le groupe de questions suivant vous permet d’indiquer des informations supplémentaires sur vos expériences.

1. **Veuillez décrire, dans l’espace ci-dessous prévu à cet effet, toute autre expérience dont vous vous voulez nous faire part, ou écrire tout autre commentaire que vous aimeriez faire?**

|  |
| --- |
|  |

The question above is for local use and can be omitted. Responses in the free-text box should not be submitted in the survey data return.

1. **Nous pourrions demander peut-être de certaines personnes de prendre part dans une recherche de suivi pour cette étude dans un an ou deux.**

**Seriez-vous heureux d’être invité à participer dans d’autres recherches?**

Notez que même si vous répondez *“oui”*  il n’y aura aucune obligation de participer à l’avenir.

***Veuillez cocher [✓] une case***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Oui, J’ai écrit mon nom, l’adresse et mon numéro de téléphone dans l’espace ci-dessous |  |
|  |
|  |  |  |
|  | Non |  |

**Si vous souhaitez être contacté à cette fin, veuillez indiquer vos coordonnées ci-dessous:**

Name:

Address:

Telephone number:

Email address (optional):

The question above is optional and can be omitted if councils have no intention of conducting any follow-up research.

Au cas où vous souhaiteriez obtenir une copie du rapport national de l’enquête, elle sera disponible en automne sur le site de la GOV.UK.

Please ensure a paper copy version is available for carers to request. Amend the options depending on whether a local findings paper or the national report will be sent.

Nous pouvons vous fournir une copie par courrier ou par courriel [le courriel est beaucoup moins cher]. Que préférez-vous ? [ne cochez qu’une seule case] :

|  |  |
| --- | --- |
|  | Courriel |
|  |
|  |  |
|  | Poste |

Si vous souhaitez recevoir une copie numérique des résultats de l’autorité locale/des conclusions [rayez la mention inutile]/du rapport national, veuillez indiquer votre adresse électronique dans la case ci-dessous [veuillez noter que cette adresse sera communiquée après la publication du rapport national en été] :

Adresse électronique :

Si vous souhaitez que nous vous envoyions une copie des résultats de l’autorité locale/des conclusions (supprimez ce qui est approprié)/du rapport national, veuillez indiquer votre nom et votre adresse dans la case ci-dessous (veuillez noter que cela se fera après la publication du rapport national au cours de l’été) :

Nom :

Adresse :

**Merci de nous avoir aidés à remplir ce questionnaire.**

**Veuillez nous le retourner dans l’enveloppe fournie.**

**Vous n’aurez pas besoin d’estampiller l’enveloppe.**

|  |
| --- |
| **Pour que vos points de vue soient prise en compte, veuillez retourner ce formulaire avant le** **[insert date]** |