**Vos services sociaux de soin et de soutien**

Vous n'avez pas à répondre à toutes les questions. Si vous ne souhaitez pas répondre à une question ou que vous ignorez la réponse, passez à la question suivante.

**Section 1 : Satisfaction globale de vos services sociaux de soin et de soutien**

**1. Globalement, dans quelle mesure êtes-vous satisfait ou insatisfait des services de soin et de soutien dont vous bénéficiez ?**

*Par «services de soin et de soutien» nous entendons tout équipement ou soin fourni par des employés payés pour vous aider. Les employés peuvent travailler pour [Social Services], une agence, un foyer d'accueil ou être engagés par vos soins grâce à l'argent que vous recevez de [Social Services] par paiement direct.*

***Veuillez cocher (✓) une case***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Je suis extrêmement satisfait | 1 |
|  |  |  |
|  | Je suis très satisfait | 2 |
|  |  |  |
|  | Je suis plutôt satisfait | 3 |
|  |  |  |
|  | Je suis ni satisfait ni insatisfait | 4 |
|  |  |  |
|  | Je suis plutôt insatisfait | 5 |
|  |  |  |
|  | Je suis très insatisfait | 6 |
|  |  |  |
|  | Je suis extrêmement insatisfait | 7 |

**Section 2 : Votre qualité de vie**

Pour répondre aux questions suivantes, veuillez réfléchir à votre qualité de vie globale, y compris l'aide que vous recevez de la part de tiers et de **[Social Services]**.

**2a. En réfléchissant aux aspects positifs et négatifs de votre qualité de vie, comment qualifieriez-vous votre qualité de vie globale ?**

***Veuillez cocher (✓) une case***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Tellement bonne qu'elle ne pourrait pas être meilleure | 1 |
|  |  |  |
|  | Très bonne | 2 |
|  |  |  |
|  | Bonne | 3 |
|  |  |  |
|  | Satisfaisante | 4 |
|  |  |  |
|  | Mauvaise | 5 |
|  |  |  |
|  | Très mauvaise | 6 |
|  |  |  |
|  | Tellement mauvaise qu'elle ne pourrait pas être pire | 7 |

**2b. Vos services de soin et de soutien contribuent-ils à améliorer votre qualité de vie ?**

***Veuillez cocher (✓) une case***

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

**2c. Laquelle des affirmations suivantes décrit le mieux les options qui s'offrent à vous au moment de choisir les services de soin et de soutien que vous recevez ?**

*Par « options » nous entendons la gamme de prestataires de soins et de services, ainsi que la possibilité d'en changer en temps voulu si désiré.*

***Veuillez cocher (✓) une case***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | J'ai assez d'options de services de soin et de soutien | 1 |
|  |  |  |
|  | Je n'ai pas assez d'options de services de soin et de soutien | 2 |
|  |  |  |
|  | Je ne veux pas et je n'ai pas besoin d'options de services de soin et de soutien | 3 |

**3a. Laquelle des affirmations suivantes décrit le mieux le contrôle que vous avez sur votre vie quotidienne ?**

*Par « contrôle sur votre vie quotidienne » nous entendons le choix de faire des choses ou que quelqu'un les fasse pour vous comme vous le souhaitez et quand vous le désirez.*

***Veuillez cocher (✓) une case***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Je n'ai pas autant de contrôle sur ma vie quotidienne que je le souhaiterais | 1 |
|  |  |  |
|  | J'ai un contrôle adapté sur ma vie quotidienne | 2 |
|  |  |  |
|  | J'ai un peu de contrôle sur ma vie quotidienne mais pas assez | 3 |
|  |  |  |
|  | Je n'ai aucun contrôle sur ma vie quotidienne | 4 |

**3b. Vos services de soin et de soutien vous aident-ils à avoir du contrôle sur votre vie quotidienne ?**

*Par « services de soin et de soutien » nous entendons tout équipement ou soin fourni par des employés payés pour vous aider. Les employés peuvent travailler pour [Social Services], une agence ou être engagés par vos soins grâce à l'argent que vous recevez de [Social Services] par paiement direct.*

***Veuillez cocher (✓) une case***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Je n'ai pas besoin de services de soins et d'assistance pour m'aider à contrôler ma vie quotidienne. | 1 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Oui | 2 |
|  |  |  |
|  | Non | 3 |

**4a. En ce qui concerne le maintien d'une apparence propre et présentable, laquelle des affirmations suivantes décrit le mieux votre situation ?**

***Veuillez cocher (✓) une case***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Je me sens propre et capable de me présenter comme il me convient | 1 |
|  |  |  |
|  | Je me sens raisonnablement propre et présentable | 2 |
|  |  |  |
|  | Je ne me sens pas assez propre ou présentable | 3 |
|  |  |  |
|  | Je ne me sens pas du tout propre ou présentable | 4 |

**OPTIONAL QUESTION – Councils should remove this question if they do not want to include it in the questionnaire. Responses to this question should not be submitted in the survey data return.**

**4b. Les services de soins et de soutien vous aident-ils à maintenir une apparence propre et présentable ?**

***Veuillez cocher (✓) une case***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Je n'ai pas besoin de services de soins et de soutien pour m'aider à rester propre et présentable. | 1 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Oui | 2 |
|  |  |  |
|  | Non | 3 |

**5a. En ce qui concerne les aliments et les boissons que vous consommez, laquelle des affirmations suivantes décrit le mieux votre situation ?**

***Veuillez cocher (✓) une case***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Je consomme tous les aliments et boissons que je veux quand je le souhaite | 1 |
|  |  |  |
|  | Je consomme des aliments et des boissons à des heures acceptables | 2 |
|  |  |  |
|  | Je ne consomme pas toujours des aliments et boissons adaptés ou au bon moment | 3 |
|  |  |  |
|  | Je ne consomme pas toujours des aliments et boissons adaptés ou au bon moment, et je pense que cela représente un risque pour ma santé | 4 |
|  |  |

**OPTIONAL QUESTION – Councils should remove this question if they do not want to include it in the questionnaire. Responses to this question should not be submitted in the survey data return.**

**5b. Les services de soins et de soutien vous aident-ils à vous procurer de la nourriture et des boissons ?**

***Veuillez cocher (✓) une case***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Je n'ai pas besoin de services de soins et de soutien pour m'aider à me procurer de la nourriture et des boissons. | 1 |

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

**6a. Laquelle des affirmations suivantes décrit le mieux l'état de propreté et de confort de votre maison ?**

***Veuillez cocher (✓) une case***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Ma maison est aussi propre et confortable que je le souhaite | 1 |
|  |  |  |
|  | Ma maison est suffisamment propre et confortable | 2 |
|  |  |  |
|  | Ma maison n'est pas tout à fait assez propre ou confortable | 3 |
|  |  |  |
|  | Ma maison n'est pas du tout propre ou confortable | 4 |

**OPTIONAL QUESTION – Councils should remove this question if they do not want to include it in the questionnaire. Responses to this question should not be submitted in the survey data return.**

**6b. Les services de soins et de soutien vous aident-ils à maintenir votre maison propre et confortable ?**

***Veuillez cocher (✓) une case***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Je n'ai pas besoin de services de soins et de soutien pour m'aider à garder ma maison propre et confortable. | 1 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Oui | 2 |
|  |  |  |
|  | Non | 3 |

**7a. Laquelle des affirmations suivantes décrit le mieux le degré de sécurité que vous ressentez ?**

*« Degré de sécurité » se réfère à l'intérieur et à l'extérieur de la maison. Cela inclut la peur d'être maltraité, de chuter ou de tout autre dommage physique.*

***Veuillez cocher (✓) une case***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Je me sens autant en sécurité que je le souhaite | 1 |
|  |  |  |
|  | Généralement, je me sens raisonnablement en sécurité, mais pas autant que  je le souhaiterais | 2 |
|  |  |
|  |  |  |
|  | Je ne me sens pas assez en sécurité | 3 |
|  |  |  |
|  | Je ne me sens pas du tout en sécurité | 4 |

**7b. Si vous avez répondu que vous ne vous sentez pas en sécurité, pourriez-vous nous dire pourquoi ?**

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

**7c. Vos services de soin et de soutien vous aident-ils à vous sentir en sécurité ?**

***Veuillez cocher (✓) une case***

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

**8a. En ce qui concerne les relations que vous avez avec les personnes que vous aimez, laquelle des affirmations suivantes décrit le mieux votre situation sociale ?**

***Veuillez cocher (✓) une case***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | J'ai autant de relations sociales que je le souhaite avec les personnes que j'aime | 1 |
|  |  |  |
|  | J'ai des relations sociales raisonnables avec les autres | 2 |
|  |  |  |
|  | J'ai des relations sociales avec les autres, mais pas assez | 3 |
|  |  |  |
|  | J'ai peu de relations sociales avec les autres et je me sens socialement isolé | 4 |
|  |  |

**OPTIONAL QUESTION – Councils should remove this question if they do not want to include it in the questionnaire. Responses to this question should not be submitted in the survey data return.**

**8b. Les services de soins et de soutien vous aident-ils à entrer en relation avec d'autres personnes ?**

***Veuillez cocher (✓) une case***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Je n'ai pas besoin de services de soins et de soutien pour m'aider à avoir des contacts sociaux avec les gens. | 1 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Oui | 2 |
|  |  |  |
|  | Non | 3 |

**9a. Laquelle des affirmations suivantes décrit le mieux la manière dont vous passez votre temps ?**

*Lorsque vous réfléchissez aux manières dont vous passez votre temps, veuillez inclure tout ce qui vous importe ou que vous appréciez, y compris les activités de loisir, les emplois formels, le bénévolat ou les travaux non payés, et prendre soin des autres.*

***Veuillez cocher (✓) une case***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Je peux disposer de mon temps comme je le souhaite, en faisant des choses qui m'importent ou que j'apprécie | 1 |
|  |  |
|  |  |  |
|  | Je peux faire assez de choses qui m'importent ou que j'apprécie | 2 |
|  |  |
|  |  |  |
|  | Je fais quelques-unes des choses qui m'importent ou que j'apprécie mais pas suffisamment | 3 |
|  |  |
|  |  |  |
|  | Je ne fais aucune chose qui m'importe ou que j'apprécie | 4 |

**OPTIONAL QUESTION – Councils should remove this question if they do not want to include it in the questionnaire. Responses to this question should not be submitted in the survey data return.**

**9b. Les services de soins et de soutien vous aident-ils dans votre manière de passer le temps ?**

***Veuillez cocher (✓) une case***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Je n'ai pas besoin de services de soins et de soutien pour m'aider dans la façon dont je passe mon temps. | 1 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Oui | 2 |
|  |  |  |
|  | Non | 3 |

**10. Laquelle des affirmations suivantes décrit le mieux l'opinion de vous-même et les sentiments que vous inspire le fait de bénéficier d'une aide pour faire les choses ?**

***Veuillez cocher (✓) une case***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Bénéficier d'une aide m'aide à avoir une meilleure opinion de moi-même et à me sentir mieux | 1 |
|  |  |
|  |  |  |
|  | Bénéficier d'une aide n'affecte pas l'opinion que je me fais de moi-même ni mes sentiments | 2 |
|  |  |
|  |  |  |
|  | Bénéficier d'une aide ébranle parfois l'opinion que je me fais de moi-même et mes sentiments | 3 |
|  |  |
|  |  |  |
|  | Bénéficier d'une aide ébranle totalement l'opinion que je me fais de moi-même et mes sentiments | 4 |
|  |  |

**11. Laquelle des affirmations suivantes décrit le mieux l'opinion de vous-même et les sentiments que vous inspire la manière dont vous êtes aidé et traité ?**

***Veuillez cocher (✓) une case***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | La manière dont je suis aidé et traité m'aide à avoir une meilleure opinion de moi-même et à me sentir mieux | 1 |
|  |  |
|  |  |  |
|  | La manière dont je suis aidé et traité n'affecte pas l'opinion que je me fais de moi-même ni mes sentiments | 2 |
|  |  |
|  |  |  |
|  | La manière dont je suis aidé et traité ébranle parfois l'opinion que je me fais de moi-même et mes sentiments | 3 |
|  |  |
|  |  |  |
|  | La manière dont je suis aidé et traité ébranle totalement l'opinion que je me fais de moi-même et mes sentiments | 4 |
|  |

**12. A quelle fréquence diriez-vous vous sentir seul(e)?**

***Veuillez cocher (****✓****) une case***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Souvent ou tout le temps | 1 |
|  |  |  |
|  | La plupart du temps | 2 |
|  |  |  |
|  | De temps en temps | 3 |
|  |  |  |
|  | Rarement | 4 |
|  |  |  |
|  | Jamais | 5 |

**Section 3 : Connaissances et informations**

**13. L'année dernière, vous a-t-il généralement semblé facile ou difficile de trouver des informations et des conseils sur les soutiens, services et allocations ?**

*Veuillez inclure les informations des différentes sources, telles que les organisations de bénévolat, les agences privées, ainsi que* **[Social Services]***.*

*Veuillez cocher (✓) une case*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Je n'ai jamais essayé de trouver des informations ou des conseils | 1 |
|  |  |  |
|  | Très faciles à trouver | 2 |
|  |  |  |
|  | Assez faciles à trouver | 3 |
|  |  |  |
|  | Assez difficiles à trouver | 4 |
|  |  |  |
|  | Très difficiles à trouver | 5 |

Si vous avez eu du mal à trouver des informations et des conseils, veuillez nous dire pourquoi et comment nous pourrions vous faciliter la tâche à l’avenir.

|  |
| --- |
|  |

The “please tell us why” box is optional. Responses to this question should not be submitted in the survey data return.

**Section 4 : Votre santé**

**14. Globalement, quel est votre état de santé ?**

***Veuillez cocher (✓) une case***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Très bon | 1 |
|  |  |  |
|  | Bon | 2 |
|  |  |  |
|  | Assez bon | 3 |
|  |  |  |
|  | Mauvais | 4 |
|  |  |  |
|  | Très mauvais | 5 |

**15. Cochez une case dans chaque groupe ci-dessous pour indiquer quelles affirmations décrivent le mieux votre état de santé aujourd'hui.**

* 1. **Douleur ou gêne**

***Veuillez cocher (✓) une case***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Je ne ressens aucune douleur ou gêne | 1 |
|  |  |  |
|  | Je ressens une douleur ou une gêne modérée | 2 |
|  |  |  |
|  | Je ressens une douleur ou une gêne extrême | 3 |

* 1. **Anxiété ou dépression**

***Veuillez cocher (✓) une case***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Je ne suis ni anxieux ni déprimé | 1 |
|  |  |  |
|  | Je suis modérément anxieux ou déprimé | 2 |
|  |  |  |
|  | Je suis extrêmement anxieux ou déprimé | 3 |

**16. Veuillez cocher (✓) la case qui décrit le mieux vos aptitudes pour chacune des questions suivantes.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Je peux le faire facilement seul | J'ai du mal à le faire seul | Je ne peux pas le faire seul |
| a. Parvenez-vous généralement à vous déplacer seul à l'intérieur (excepté dans les escaliers) ? | **□**1 | **□**2 | **□**3 |
|  | | | |
| b. Parvenez-vous généralement à vous allonger (ou à vous asseoir) et à vous lever (du lit ou d'une chaise) seul ? | **□**1 | **□**2 | **□**3 |
|  | | | |
| c. Parvenez-vous généralement à vous alimenter seul ? | **□**1 | **□**2 | **□**3 |
|  | | | |
| d. Vous occupez-vous généralement des finances et de la paperasserie (comme le paiement des factures, la rédaction de lettre) seul ? | **□**1 | **□**2 | **□**3 |

**17. Veuillez cocher (✓) la case qui décrit le mieux vos aptitudes pour chacune des questions suivantes.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Je peux le faire facilement seul | J'ai du mal à le faire seul | Je ne peux pas le faire seul |
| a. Parvenez-vous généralement à vous laver seul à l'aide d'une baignoire ou d'une douche ? | **□**1 | **□**2 | **□**3 |
|  | | | |
| b. Parvenez-vous généralement à vous habiller et à vous déshabiller seul ? | **□**1 | **□**2 | **□**3 |
|  | | | |
| c. Parvenez-vous généralement à utiliser les WC/toilettes seul ? | **□**1 | **□**2 | **□**3 |
|  | | | |
| d. Parvenez-vous généralement à vous laver le visage et les mains seul ? | **□**1 | **□**2 | **□**3 |

**Section 5 : À propos de votre environnement**

**18. Dans quelle mesure pensez-vous que votre maison est conçue pour répondre à vos besoins ?**

***Veuillez cocher (✓) une case***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Ma maison répond très bien à mes besoins | 1 |
|  |  |  |
|  | Ma maison répond à la plupart de mes besoins | 2 |
|  |  |  |
|  | Ma maison répond à certains de mes besoins | 3 |
|  |  |  |
|  | Ma maison est totalement inadaptée à mes besoins | 4 |

**19. En ce qui concerne les sorties à l'extérieur de votre maison, laquelle des affirmations suivantes décrit le mieux la situation actuelle ?**

*Cela inclut les sorties seul ou avec l'aide d'un tiers*

***Veuillez cocher (✓) une case***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Je peux aller dans tous les lieux de mon quartier que je souhaite | 1 |
|  |  |  |
|  | Parfois, il m'est difficile d'aller dans tous les lieux de mon quartier que je souhaite | 2 |
|  |
|  |  |  |
|  | Je suis incapable d'aller dans tous les lieux de mon quartier que je souhaite | 3 |
|  |
|  |  |  |
|  | Je ne sors pas de chez moi | 4 |

**Section 6 : À propos de vous, l'utilisateur des services**

Les réponses du groupe de questions suivant permettront de définir le profil de la personne participant à cette enquête. Par exemple, nous utiliserons ces questions pour nous assurer que les services sont apportés équitablement aux personnes provenant de milieux différents.

**20. Bénéficiez-vous régulièrement d'une aide pratique de la part de votre mari/femme, conjoint, amis, voisins ou proches ?**

***Veuillez cocher (✓) autant de cases que nécessaire***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Oui, de la part d'une personne vivant sous mon toit | a (1) |
|  |  |  |
|  | Oui, de la part d'une personne vivant dans une autre maison | b (1) |
|  |  |  |
|  | Non | c (1) |

**21. Payez-vous des soins ou soutiens privés complémentaires ou payez-vous plus pour obtenir un maximum de soins et soutiens ?**

***Veuillez cocher (✓) autant de cases que nécessaire***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Oui, j'achète des soins et soutiens supplémentaires avec mon propre argent | a (1) |
|  |
|  |  |  |
|  | Oui, ma famille achète des soins et soutiens supplémentaires pour moi | b (1) |
|  |
|  |  |  |
|  | Non | c (1) |

**22. Avez-vous reçu l'aide d'un tiers pour remplir ce questionnaire ?**

***Veuillez cocher (✓) une case***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Non, je n'ai pas reçu d'aide | 1 |
|  |  |  |
|  | J'ai reçu l'aide d'un aide-soignant | 2 |
|  |  |  |
|  | J'ai reçu l'aide d'une personne vivant sous mon toit | 3 |
|  |  |  |
|  | J'ai reçu l'aide d'une personne vivant dans une autre maison | 4 |

**23. Quel type d'aide avez-vous reçue ?**

***Veuillez cocher (✓) autant de cases que nécessaire***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Je n'ai pas reçu d'aide | a(1) |
|  |  |  |
|  | Un tiers m'a lu les questions | b(1) |
|  |  |  |
|  | Un tiers m'a traduit les questions | c(1) |
|  |  |  |
|  | Un tiers a écrit les questions pour moi | d(1) |
|  |  |  |
|  | J'ai discuté des questions avec un tiers | e(1) |
|  |  |  |
|  | Un tiers a répondu pour moi, sans me poser les questions | f(1) |
|  |

**Partie 7 : Commentaires**

La série de questions suivantes vous permet de nous faire part de votre expérience en plus de détails.

**24. Veuillez utiliser l’espace ci-dessous pour nous parler d’autres expériences ou pour nous faire part d’autres commentaire.**

|  |
| --- |
|  |

**The question above is for local use and can be omitted. Responses to this question should not be submitted in the survey data return.**

**OPTIONAL QUESTION – Councils should remove this question if they do not want to include it in the questionnaire. Responses to this question should not be submitted in the survey data return.**

**25. Nous pourrions demander à certaines personnes de participer à des études de suivi pour cette enquête durant l'année à venir.**

**Seriez-vous d'accord pour recevoir une sollicitude de participation à des enquêtes supplémentaires ?**

*Veuillez noter que, même si vous dites « oui », nous ne serez pas obligé de participer le moment venu.*

***Veuillez cocher (🗸) une case***

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

**Si vous êtes d'accord pour être contacté dans ce but, veuillez renseigner vos coordonnées ici :**

Name:

Address:

Telephone number:

Email address (optional):

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 service users to request. Amend the options depending on whether a local findings paper or the national report will be sent.

Nous pouvons fournir une copie par courrier ou par e-mail (le courrier électronique est beaucoup moins cher). Que préféreriez-vous? (cochez une seule case):

|  |  |
| --- | --- |
|  | Messagerie électronique |
|  |
|  |  |
|  | Courrier |

Si vous souhaitez obtenir une copie numérique des résultats/conclusions des autorités locales (rayer la mention inutile)/ du rapport national, veuillez indiquer votre adresse électronique dans la case ci-dessous (veuillez noter que ce sera après la publication du rapport national à l’automne):

Adresse électronique :

Si vous souhaitez que nous vous envoyions une copie des résultats / conclusions de l’autorité locale (rayer la mention inutile)/ rapport national, veuillez indiquer votre nom et votre adresse dans la case ci-dessous (Veuillez noter que ce sera après la publication du rapport national à l’automne):

Nom:

Adresse:

**Merci de nous avoir aidés en remplissant ce questionnaire.**

**Veuillez nous le retourner par la poste dans l'enveloppe fournie.**

**Il est inutile d'affranchir l'enveloppe.**

|  |
| --- |
| **Afin que vos réponses puissent être prises en compte, veuillez retourner ce formulaire avant le DATE** |