

Nous vous posons des questions car nous nous soucions

Nous aimerions vous poser quelques questions pour nous aider à mieux comprendre nos patients/clients. Vos réponses nous aideront à vous fournir les meilleurs soins possibles et à améliorer les programmes et les services pour tous.

Pourquoi collectez-vous ces informations?

Ces questions nous permettront de mieux comprendre nos patients/clients et nous aideront à fournir de meilleurs soins et services. Certaines questions peuvent sembler très personnelles ou intimes; si nous vous les posons, c'est parce que certaines personnes ont parfois reçu un traitement différent en raison de leur identité. Recevoir un traitement différent de cette manière constitue une forme de discrimination et peut affecter notre santé.

Dois-je répondre à toutes les questions?

Non. Vous pouvez choisir de répondre ou non à ces questions. Vous pouvez arrêter de répondre aux questions à tout moment ou nous demander de supprimer vos réponses à tout moment. Que vous répondiez ou non aux questions, nous continuerons à vous fournir des soins.

Qui verra ces informations?

Seules les personnes impliquées directement dans vos soins pourront consulter vos réponses. Elles seront protégées au même titre que toutes vos autres informations de santé. Votre nom ne sera pas associé à vos réponses, qui seront combinées à celles de toutes les autres personnes que nous servons. Ces réponses combinées peuvent être utilisées par nous, ainsi que par les chercheurs, pour fournir de meilleurs soins et services.

Combien de temps cela prendra-t-il?

Il faudra six à huit minutes pour répondre aux 13 questions.

Acceptez-vous de répondre aux questions?

- Oui
- Non
- Pour l'instant je préfère ne répondre à aucune de ces questions

Questions de base actualisées sur la mesure de l'équité des services de santé

*En s'appuyant sur le projet existant de [mesure de l'équité des services de santé](#) et grâce à des consultations approfondies avec la communauté de pratique de la collecte, de l'analyse et de l'utilisation des données de la région de Toronto, l'équipe de [l'étude SPARK](#), les experts en la matière et la documentation de recherche, **les questions de base ont été mises à jour** pour mieux refléter le langage contemporain, les diverses expériences et les identités.*

Questions de base actualisées sur la mesure de l'équité des services de santé

1. Quelle langue préférez utiliser pour communiquer avec votre fournisseur? (Cochez toutes les cases qui s'appliquent)

- | | | | | | |
|--|-------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anglais* (langue officielle du Canada) | <input type="checkbox"/> Birman | <input type="checkbox"/> Hébreu | <input type="checkbox"/> Pendjabi | <input type="checkbox"/> Tagalog | <input type="checkbox"/> Ourdou |
| <input type="checkbox"/> Français* (langue officielle du Canada) | <input type="checkbox"/> Cantonnais | <input type="checkbox"/> Hongrois | <input type="checkbox"/> Rohingya | <input type="checkbox"/> Taishanais/Toishanais | <input type="checkbox"/> Vietnamien |
| <input type="checkbox"/> Albanais | <input type="checkbox"/> Tchèque | <input type="checkbox"/> Italien | <input type="checkbox"/> Roumain | <input type="checkbox"/> Tamoul | <input type="checkbox"/> Autre langue (veuillez préciser) : _____ |
| <input type="checkbox"/> Amharique | <input type="checkbox"/> Dari | <input type="checkbox"/> Karen | <input type="checkbox"/> Russe | <input type="checkbox"/> Thaï | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas |
| <input type="checkbox"/> Arabe | <input type="checkbox"/> Persan | <input type="checkbox"/> Coréen | <input type="checkbox"/> Serbe | <input type="checkbox"/> Tibétain | <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre |
| <input type="checkbox"/> ASL (langue des signes américaine) | <input type="checkbox"/> Géorgien | <input type="checkbox"/> Mandarin | <input type="checkbox"/> Slovaque | <input type="checkbox"/> Tigrigna | |
| <input type="checkbox"/> Bengali | <input type="checkbox"/> Grec | <input type="checkbox"/> Népalais | <input type="checkbox"/> Somali | <input type="checkbox"/> Turc | |
| <input type="checkbox"/> Bulgare | <input type="checkbox"/> Gujarati | <input type="checkbox"/> Pachto | <input type="checkbox"/> Espagnol | <input type="checkbox"/> Twi | |
| | <input type="checkbox"/> Hausa | <input type="checkbox"/> Polonais | <input type="checkbox"/> Swahili | <input type="checkbox"/> Ukrainien | |
| | <input type="checkbox"/> Hindi | <input type="checkbox"/> Portugais | | | |

2. (a) Êtes-vous né(e) au Canada?

- Oui
 Non
 Je ne sais pas
 Je préfère ne pas répondre

(b) Si non, quand êtes-vous arrivé(e)?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Il y a moins de 5 ans | <input type="checkbox"/> Il y a 10 ans ou plus | <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre |
| <input type="checkbox"/> Il y a 5 à 9 ans | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas | |

3. Vous identifiez-vous comme membre des Premières Nations, Métis et/ou Inuit? (Cochez toutes les cases qui s'appliquent) Cette question porte sur la façon dont vous vous identifiez (y compris le statut ou le non-statut)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Oui, Premières Nations (statut ou non-statut) | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui, Métis | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas |
| <input type="checkbox"/> Oui, Inuit | <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre |

4. Quelle est votre origine ethnique ou culturelle? Par exemple : canadien, chinois, indien, anglais, philippin, français, allemand, irlandais, italien, jamaïcain, juif, polonais, portugais, écossais, etc.

- Veuillez préciser _____
 Je ne sais pas
 Je préfère ne pas répondre

5. Lequel des énoncés suivants décrit le mieux votre groupe racial? (Cochez toutes les cases qui s'appliquent, par exemple si vous êtes multiracial ou de race mixte)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Originaire du Moyen-Orient, de l'Asie occidentale ou arabe (p. ex. afghan, égyptien, iranien, libanais, persan, turc, kurde, etc.) | <input type="checkbox"/> Asiatique du Sud-Est (p. ex. philippin, vietnamien, cambodgien, thaïlandais, indonésien, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Noir (p. ex., africain, afro-canadien, afro-antillais, afro-égyptien, etc.) | <input type="checkbox"/> Blanc (p. ex. d'origine européenne) |
| <input type="checkbox"/> Asiatique oriental (p. ex. chinois, coréen, japonais, taiwanais, etc.) | <input type="checkbox"/> Autre race/groupe ethnique (veuillez préciser) : _____ |
| <input type="checkbox"/> Latino-Américain (d'origine hispanique ou latino-américaine) | <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas (p. ex. identification en tant qu'autochtone à la question 3) |
| <input type="checkbox"/> Asiatique du Sud (p. ex. bangladais, indien, indo-caribéen, pakistanais, sri-lankais, etc.) | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas |
| | <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre |

6. (a) Vous identifiez-vous comme personne vivant avec un handicap?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas |
| <input type="checkbox"/> Si vous le souhaitez, veuillez préciser l'handicap dont il est question | <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre |
| <input type="checkbox"/> Non | |

(b) Pourriez-vous bénéficier d'un soutien lié à l'un des troubles suivants? (Cochez toutes les cases qui s'appliquent)

<input type="checkbox"/> Maladie d'Alzheimer ou démence <input type="checkbox"/> Trouble du spectre autistique <input type="checkbox"/> Maladie chronique (p. ex. anémie falciforme, diabète, etc.) <input type="checkbox"/> Trouble cognitif <input type="checkbox"/> Trouble du développement <input type="checkbox"/> Dépendance à la drogue ou à l'alcool	<input type="checkbox"/> Trouble de l'apprentissage <input type="checkbox"/> Maladie mentale <input type="checkbox"/> Incapacité physique <input type="checkbox"/> Trouble sensoriel (p. ex. malvoyance, cécité, surdité, difficulté d'audition, etc.) <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) ____	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Je ne sais pas <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre
--	--	--

7. Quel était votre sexe assigné à la naissance? (Veuillez ne cocher qu'une seule réponse)

Homme
 Femme
 Personne intersexe
 Je ne sais pas
 Je préfère ne pas répondre

8. Quelle est votre identité de genre? (Cochez toutes les cases qui s'appliquent)

<input type="checkbox"/> Genre fluide ou « genderqueer » <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Non binaire <input type="checkbox"/> Bispiritualité <input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> En questionnement ou incertain(e) <input type="checkbox"/> Une autre identité de genre (veuillez préciser) ____ <input type="checkbox"/> Je ne sais pas <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre
---	---

9. Vous identifiez-vous comme transgenre? « Transgenre » est un terme générique utilisé pour décrire les personnes dont l'identité de genre ou l'expression de genre diffère du sexe qui leur a été assigné à la naissance.

Oui
 Non
 Je préfère ne pas répondre

10. Quelle(s) catégorie(s) décrivent le mieux votre orientation sexuelle? (Cochez toutes les cases qui s'appliquent)

<input type="checkbox"/> Asexualité <input type="checkbox"/> Bisexualité <input type="checkbox"/> Demisexualité <input type="checkbox"/> Homosexualité (hommes) <input type="checkbox"/> Homosexualité (femmes) <input type="checkbox"/> Pansexualité	<input type="checkbox"/> Queer <input type="checkbox"/> En questionnement ou incertain(e) <input type="checkbox"/> Attiré(e) par les personnes du même sexe que moi <input type="checkbox"/> Hétérosexualité	<input type="checkbox"/> Bispiritualité <input type="checkbox"/> Autre orientation sexuelle (veuillez préciser) ____ <input type="checkbox"/> Je ne sais pas <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre
--	---	---

11. Éprouvez-vous actuellement des difficultés à assumer les coûts liés à vos besoins primaires?

Oui
 Non
 Ne s'applique pas, je n'ai pas à payer pour mes besoins primaires
 Je ne sais pas
 Je préfère ne pas répondre

12. Quel était votre revenu familial total avant impôt l'année dernière?

<input type="checkbox"/> 0 \$ - 19 999 \$ <input type="checkbox"/> 20 000 \$ - 39 999 \$ <input type="checkbox"/> 40 000 \$ - 59 999 \$	<input type="checkbox"/> 60 000 \$ - 79 999 \$ <input type="checkbox"/> 80 000 \$ - 119 999 \$ <input type="checkbox"/> 120 000 \$ - 149 999 \$	<input type="checkbox"/> 150 000 \$ ou plus <input type="checkbox"/> Je ne sais pas <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre
---	---	---

13. Combien de personnes ce revenu soutient-il?

_____ personnes
 Je ne sais pas
 Je préfère ne pas répondre

Questions facultatives supplémentaires*

**Ces questions ne font pas partie de l'ensemble de données de base et ne sont pas obligatoires.*

Ces questions sont tirées des questions supplémentaires originales du RLISS de Toronto-Centre sur [la mesure de l'équité des services de santé](#) et de [l'étude SPARK](#) et ont été mises à la disposition des fournisseurs de services de santé pour qu'ils les utilisent en fonction de leurs besoins et de leurs objectifs de collecte de données démographiques

Questions facultatives mises à jour sur la mesure de l'équité des services de santé

1. Quel est votre niveau de scolarité actuel?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pas de scolarité formelle | <input type="checkbox"/> Certificat ou diplôme d'un collège, d'un cégep ou d'un autre établissement non universitaire (ou présentement en cours) |
| <input type="checkbox"/> École primaire (de la 1ère à la 8e année) | <input type="checkbox"/> Diplôme universitaire de premier cycle ou études universitaires |
| <input type="checkbox"/> Études secondaires, mais sans diplôme | <input type="checkbox"/> Études universitaires supérieures ou titre professionnel (p. ex. maîtrise, doctorat, médecin) |
| <input type="checkbox"/> Certificat d'études secondaires ou d'équivalence d'études secondaires (9ème à 12ème année) | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas |
| <input type="checkbox"/> Apprentissage enregistré complété ou autre diplôme d'une école de métiers ou autre certificat (en cours) | <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre |

2. Veuillez répondre aux affirmations suivantes :

(a) « Au cours des 12 derniers mois, nous avons éprouvé des inquiétudes à savoir si nous aurions assez de nourriture avant que nous puissions en acheter ou en obtenir davantage »

- Souvent vrai
 Parfois vrai
 Jamais vrai
 Je ne sais pas
 Je préfère ne pas répondre

(b) « Au cours des 12 derniers mois, la nourriture que nous avons achetée n'a pas été suffisante et nous n'avons pas pu en acheter ou en obtenir davantage »

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Souvent vrai | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas |
| <input type="checkbox"/> Parfois vrai | <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre |
| <input type="checkbox"/> Jamais vrai | |

3. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été dans l'impossibilité de vous procurer des médicaments ou des fournitures médicales, ou avez-vous essayé de les conserver plus longtemps en raison de leur coût?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas |
| <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre |
| <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas, je n'ai pas eu à me procurer de médicaments ou de fournitures médicales au cours des 12 derniers mois | |

4. (a) Dans quel type de logement vivez-vous actuellement?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Un logement dont vous ou votre famille êtes propriétaire | <input type="checkbox"/> Établissement de soins de longue durée |
| <input type="checkbox"/> Un logement que vous ou votre famille louez | <input type="checkbox"/> Établissement correctionnel |
| <input type="checkbox"/> Logement social, logement subventionné ou loyer indexé sur le revenu | <input type="checkbox"/> Je demeure chez quelqu'un d'autre par manque d'alternative |
| <input type="checkbox"/> Logement avec services de soutien ou foyer de groupe | <input type="checkbox"/> Sans domicile fixe (p. ex. refuge, domicile dans un lieu public ou véhicule) |
| | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) _____ |
| | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas |
| | <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre |

(b) Avec qui vivez-vous? Veuillez sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Parent(s) ou tuteur(s) | <input type="checkbox"/> Ami(e)s ou colocataires |
| <input type="checkbox"/> Conjoint(e) ou partenaire | <input type="checkbox"/> Personne soignant(e) ou accompagnateur/trice rémunéré(e) |
| <input type="checkbox"/> Enfant(s) | <input type="checkbox"/> Seul(e) |
| <input type="checkbox"/> Grands-parent(s) | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) _____ |
| <input type="checkbox"/> Frère(s) et/ou sœur(s) | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas |
| <input type="checkbox"/> Autre famille | <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre |

(c) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été dans l'impossibilité de payer votre hypothèque ou votre loyer à temps?

- Oui
- Non
- Ne s'applique pas, je n'ai pas eu à payer de loyer ou d'hypothèque

- Je ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

5. Au cours des 12 derniers mois, le manque de moyens de transport vous a-t-il empêché(e) d'aller à des rendez-vous médicaux, à des réunions, au travail ou d'obtenir des articles nécessaires à la vie quotidienne? Veuillez sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent :

- Oui, cela m'a empêché(e) de me rendre à des rendez-vous médicaux ou d'obtenir des médicaments
- Oui, cela m'a empêché(e) de me rendre à des réunions non médicales, des rendez-vous, au travail ou d'obtenir des articles dont j'ai besoin
- Non

- Ne s'applique pas, je n'ai pas eu besoin de moyens de transport pour effectuer ces activités au cours des 12 derniers mois
- Je ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

6. Avez-vous un accès régulier à un téléphone ou à Internet?

- Oui, téléphone uniquement
- Oui, Internet uniquement
- Oui, les deux

- Non
- Je ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

7. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous omis de payer une facture de services publics (p. ex. électricité, gaz/carburant, eau) en raison de son coût?

- Oui
- Non
- Ne s'applique pas, je n'ai pas eu à payer de factures de services publics au cours des 12 derniers mois ou les services publics sont déjà inclus dans le loyer

- Je ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

8. (a) Y a-t-il des personnes sur lesquelles vous pouvez compter et à qui vous pouvez vous confier?

- Oui, j'ai toujours ou occasionnellement quelqu'un
- Non, je n'ai personne

- Je ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

(b) Y a-t-il des personnes sur lesquelles vous pouvez compter si vous avez besoin d'aide?

- Oui, j'ai toujours ou occasionnellement quelqu'un
- Non, je n'ai personne

- Je ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

9. (a) Avez-vous actuellement un emploi (cela inclut les travailleurs indépendants, à temps plein, à temps partiel ou autre)?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

(b) Êtes-vous actuellement à la recherche d'un emploi?

- Oui
- Non

- Je ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

(c) Votre emploi principal est-il temporaire ou à temps partiel (p. ex. occasionnel, contractuel, indépendant, à court terme, saisonnier)?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

(d) Pensez-vous que votre emploi actuel pourrait être affecté négativement si vous souleviez des préoccupations concernant votre travail (p. ex. santé, sécurité, droits)?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

(e) Au cours des 12 derniers mois, votre revenu a-t-il fortement fluctué d'un mois à l'autre?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

10. Quelle est votre appartenance religieuse ou spirituelle? Veuillez sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent :

- | | | | | |
|---|--|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Agnosticisme | <input type="checkbox"/> Christianisme orthodoxe | <input type="checkbox"/> Jainisme | <input type="checkbox"/> Rastafarisme | <input type="checkbox"/> Zoroastrisme |
| <input type="checkbox"/> Animisme ou chamanisme | <input type="checkbox"/> Christianisme, non inclus sur cette liste | <input type="checkbox"/> Judaïsme | <input type="checkbox"/> Catholicisme | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) _____ |
| <input type="checkbox"/> Athéisme | <input type="checkbox"/> Confucianisme | <input type="checkbox"/> Spiritualité autochtone | <input type="checkbox"/> Sikhisme | <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas, je n'ai pas d'affiliation religieuse ou spirituelle |
| <input type="checkbox"/> Baháisme | <input type="checkbox"/> Hindouisme | <input type="checkbox"/> Paganisme | <input type="checkbox"/> Spiritualité | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas |
| <input type="checkbox"/> Bouddhisme | <input type="checkbox"/> Islam | <input type="checkbox"/> Protestantisme | <input type="checkbox"/> Unitarisme | <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre |

11. Dans quelle langue préféreriez-vous lire des informations sur les soins de santé? (Veuillez ne cocher qu'une seule réponse)

- | | | | | | | |
|------------------------------------|---|-----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Anglais | <input type="checkbox"/> Chinois (simplifié) | <input type="checkbox"/> Hindi | <input type="checkbox"/> Népalais | <input type="checkbox"/> Serbe | <input type="checkbox"/> Tamoul | <input type="checkbox"/> Ourdou |
| <input type="checkbox"/> Français | <input type="checkbox"/> Chinois (traditionnel) | <input type="checkbox"/> Hongrois | <input type="checkbox"/> Polonais | <input type="checkbox"/> Slovaque | <input type="checkbox"/> Tigrigna | <input type="checkbox"/> Vietnamien |
| <input type="checkbox"/> Amharique | <input type="checkbox"/> Tchèque | <input type="checkbox"/> Italien | <input type="checkbox"/> Portugais | <input type="checkbox"/> Somali | <input type="checkbox"/> Turc | <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) _____ |
| <input type="checkbox"/> Arabe | <input type="checkbox"/> Dari | <input type="checkbox"/> Karen | <input type="checkbox"/> Pendjabi | <input type="checkbox"/> Espagnol | <input type="checkbox"/> Twi | <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre |
| <input type="checkbox"/> Bengali | <input type="checkbox"/> Persan | <input type="checkbox"/> Coréen | <input type="checkbox"/> Russe | <input type="checkbox"/> Tagalog | <input type="checkbox"/> Ukrainien | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas |
| <input type="checkbox"/> Braille | <input type="checkbox"/> Grec | | | | | |